

TAMPEREEN YLIOPISTO  
Johtamiskorkeakoulu

# **KESTÄVYYSSVAJETTA TORJUMASSA**

**Ikäihmisten palveluiden tehokkuusvertailu; mitä mitata, verrata ja tehdä**

Pro Gradu -tutkielma  
Kunnallistalous  
Toukokuu 2014

Esa Lindell

Tampereen yliopisto	Johtamistieteen laitos; kunnallistalous
ESA LINDELL	Kestävyysvajetta torjumassa - Ikäihmisten palveluiden tehokkuusvertailu; mitä mitata, verrata ja tehdä
Pro Gradu –tutkielma	74 sivua
Aika	Toukokuu 2014
Avainsanat	Kestävyysvaje, tuottavuus, tehokkuus, sosiaali- ja terveystoimi, ikävakiointi

---

## TIIVISTELMÄ

Ikäihmisten suhteellinen osuus kasvaa suhteessa palveluita rahoittavaan työssäkäyvään ikäluokkaan. Kuntien ja koko julkisen sektorin tulee varautua ikärakenteen muutoksesta aiheutuvaan kasvavaan palvelutarpeeseen panostamalla tuottavuuden lisäämiseen, jotta ei jouduta tekemään lyhytjänteisiä menoleikkauksia tai vero- ja maksukorotuksia. Tutkimuksessa makrotason kestävyysvajeongelman tarkastelusta ja talouden tasapainotusvaihtoehtojen toimintapolitiikojen erittelystä, kuten kunta- ja palvelurakennemuutos, valtionosuusuudistus sekä tulorahoitusvaihtoehdot, edetään mikrotason tapaustutkimukseen, jossa tarkastellaan 10 kunnan ja Kainuun maakunnan ikäihmisten palveluiden ikävakioituja kustannuksia ja tehokkuuseroja Keskisuurten kuntien kustannusvertailutietojen pohjalta.

Kuntalaisille on voitava tuottaa mahdollisimman paljon lisäarvoa ja vastinetta verorahoille rajallisin resurssein. Tutkimuksen tarkoitus on osoittaa, että vertaaminen ja mittaaminen on rationaalisen ja pitkäjänteisen taloudellisen päätöksenteon perusta. Kuitenkin mittaamiseen liittyy monitulkintaisuutta, johon liittyviä käsitteitä kuvataan tutkimuksessa. Mittaamiseen liittyy myös epätarkkuutta ja tästä johtuvaa poisselittämistä. Hätiköityjä johtopäätöksiä ei kannatakaan tehdä ilman riittävää jatkoanalyysiä ja varmistuksia. Ikävakioitu kustannustieto antaa olennaista tietoa siitä, miten paljon panoksia eri palveluihin käytetään suhteessa muihin, muttei anna yksiselitteisiä vastauksia mistä kustannuserot johtuvat. Tutkimuksessa selityksiä etsitään palveluiden rakenteesta ja yksikköhintavertailusta, joita on painotettu käytettävissä olevilla hoitoisuustiedoilla.

Johtopäätöksenä todetaan, että palvelut tulee tuotteistaa yhteisesti sovitulla menettelyllä. Tehokkuutta ei voi luotettavasti vertailla, ellei palveluita yhteismitallisteta. Asiassa on nyt edetty, ja valtionvarainministeriön tuottavuuden mittaamisen käsikirjaan on koottu kunnallisten palvelujen tuottavuuden mittaamisen kannalta olennaisimmat mittarit. Sote-ratkaisu voi olla tuottavuuskehityksen vauhdittamiselle todellinen ratkaisu, kun tuotteistamisperiaatteet yhtenäistetään ja siirrytään tilaaja-tuottajamalliin. Vaaditaanko tällöin kuntien omilta yksiköiltä vähimmäistuottavuutta vai kilpailutetaanko kaikki palvelut? Olennaista kuitenkin on, että uudistuksessa kaikkien osapuolten intressit tuottavuuden parantamiseen tulevat lisääntymään valitusta toimintamallista riippumatta.

# Sisällysluettelo

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2 TUTKIMUSASETELMA</b>	<b>7</b>
2.1 Tutkimuksen lähtökohdat	7
2.1.1 Tutkimusaiheen yhteiskunnallinen viitekehys	7
2.1.2 Vastinetta verorahoille toimeksiantotaloudessa	10
2.1.3 Monitulkintaisuus kestävyysvajeen ja tehokkuuden mittaamisessa	12
2.2 Tutkimusvirike ja tutkimuksen tavoitteet	14
2.2.1 Tutkimusvirike: ikävakiointi sosiaali- ja terveystalouden	
kustannuserojen paljastajana	14
2.2.2 Tutkimuksen tavoitteet	15
2.2.3 Tutkimuskysymykset	16
2.3 Tutkimusaineisto ja menetelmät	17
2.3.1 Tutkimuksen kohteena olevat kunnat	17
2.3.2 Tutkimusmenetelmät	18
<b>3 KEINOVALIKOIMA KESTÄVYYSVAJEEN TORJUNNASSA</b>	<b>20</b>
3.1 Valtio-kuntasuhde ja kunta- ja palvelurakennemuutos	20
3.2 Valtionosuusuudistus osana rakennemuutosta	23
3.3 Kuntien tulorahoituksen lisäämismahdollisuudet	24
<b>4 TUOTTAVUUS JA MITTAAMINEN</b>	<b>25</b>
4.1 Mittaamisen käsiteperusta	25
4.2 Tuloksellisuuden monitulkintaisuus	26
4.3 Miksi tuottavuutta tulisi lisätä vanhustenhuollossa	27
4.4 Tuotteistaminen mittaamisen perustana	28
4.5 Tuottavuuden mittaaminen vanhustenhuollossa	28
4.6 Millainen on hyvä mittari	30
4.7 Mittareiden rajoitteet	31
4.8 Tuotteistaminen tilaaja-tuottajamallin mahdollistajana	32
<b>5 TUTKITTAVAT PALVELUT</b>	<b>35</b>
5.1 Ikäihmisten palveluiden käsitteet ja palvelutuotteet	36
5.2 Avohoito	38
5.2.1 Kotihoito ja tukipalvelut	42
5.2.2 Omaishoidon tuki	43
5.2.3 Palveluasuminen	44
5.3 Laitoshoidot	46
5.3.1 Vanhainkotihoidot	47
5.3.2 Terveystalouden vuodeosastohoidot	47
<b>6 KUSTANNUS- JA TEHOKKUUSVERTAILU TUTKIMUSKUNNISSA</b>	<b>48</b>
6.1 Vanhustenhuollon bruttomääräiset kokonaiskustannukset	48
6.2 Vertailukuntien vanhustenhuollon palvelurakenne	50
6.3 Vuodeosastojen lyhyt- ja pitkäaikaishoidot	
6.4 Vanhainkotihoidot ja tehostettu asumispalvelu	52
6.5 Kotihoito	61

## **7 PÄÄTELMÄT**

**67**

Lähteet

70

Lainsäädäntö

Tilastoaineisto

# 1 JOHDANTO

On esitetty, että nykyinen pohjoismainen hyvinvointivaltiomalli on vaarassa. Miten rahoittaa julkisen sektorin tarjoamat palvelut kun jatkuvasti pienenevä työssä käyvien joukko on vastuussa yhä suuremmasta määrästä työelämän ulkopuolella olevista. Eläkeläisten suhteellisen osuuden ja eliniänodotteen kasvaessa kyetäänkö eläkkeet rahoittamaan. Ratkaisuksi on esitetty työurien pidentämistä eläkeikää nostamalla, opiskeluaikojen nopeuttamista eri keinoilla, eri työtehtävien kelpoisuusvaatimusten laskemista ja uusimpana yksittäisenä ehdotuksena julkisen sektorin työajan pidentämistä. Toinen keino on vähentää julkisen sektorin tehtäviä, jota pääministeri Kataisen hallitus esitti osana vuoden 2014 valtion budjettiesitystä. Kuntien velvoitteita tulisi karsia miljardi euroa eli noin 2 – 3 % kuntien kokonaismenoista.

Suomessa on toteutettu menneinä vuosikymmeninä ja 2000-luvulla kuntahallinnon uudistuksia, joiden tavoitteena on ollut hyvinvointipalvelujen turvaaminen ja kuntien toimintakyvyn vahvistaminen. Suuri kuntauudistus toteutettiin vuosina 1961–1982, kunta- ja palvelurakennemuutos eli Paras -hanke vuosina 2007–2011, kaupunkiseutujen yhteistyön tukeminen 2000-luvulla sekä Helsingin seudun kehittäminen vuosina 1964–2011. Kaikkiaan 164 kuntaliitosta on toteutunut vuosien 1946 ja 2013 aikana. Suuren kuntauudistuksen aikana toteutui yhteensä 69 kuntaliitosta ja Paras -hankkeen aikana 59 kuntaliitosta. Ylikymmenen kuntaliitosta on tehty vuosina 2005, 2007, 2009 ja 2013. Vuonna 2009 tehtiin ennätyselliset 32 kuntaliitosta. 71 prosenttia kuntaliitoksista on ollut kahden kunnan liitoksia, jolloin kuntien määrä on kussakin tapauksessa vähentynyt yhdellä. 2000-luvun kuntaliitokset ovat vähentäneet erityisesti pienten, alle 2000 asukkaan kuntien määrää (VM 5a/2012.).

Paras -hankkeen jatkaja, pääministeri Kataisen hallituksen kuntauudistus tähtää siihen, että muodostetaan keskuskuntien yhteyteen suurkuntia, jotta palvelut voidaan turvata kuntien taloudellista kantokykyä lisäämällä. Kun kuntien vapaaehtoinen yhdistyminen ei ole edennyt hallituksen suunnitelmien mukaisesti, on sote-uudistus nostettu korvaavaksi ratkaisuksi. Viisi erikoissairaanhoidon vastuualueita toimii jatkossa tilaajaorganisaationa. Onko esimerkiksi Kainuun maakunnalla tai muilla taantuvilla alueilla kuitenkin mahdolli-

suuksia turvata samantasoisia palveluja uudistuksen jälkeenkään, kuten Etelä-Suomen vauraimmilla alueilla on. Kuntaudistusta ja toteutuneiden liitosten tutkimusta käsitellään tarkemmin yhtenä tuottavuuden lisäämisvaihtoehtona luvussa 3.1.

Kunnat ovat väestökehityksestä johtuen aivan erilaisessa asemassa. Muuttotappiokunnissa työikäinen väestö muuttaa työn perässä kasvukeskuksiin ja huoltosuhde edelleen heikenee. Valtionosuusjärjestelmä on tasannut tätä epäsuhtaa. Valtionosuusuudistusta koskeva valtioneuvoston esitys, joka muuttaa jakoperusteita ja osin vähentää verotuloja taasaavaa vaikutusta, on nyt keväällä 2014 menossa eduskunnan hyväksyttäväksi. Uudistuksella on aina sekä voittajia että häviäjiä. Viimemainittujen joukossa on veropohjaltaan köyhiä ja pieniä kuntia, joiden talous ei ole tälläkään hetkellä tasapainossa eli uudistus kasvat-  
taa painetta uusiin kuntaliitoksiin. Uudistusta on kuvattu tarkemmin luvussa 3.2.

Kunnille on lainsäädännössä annettu itsenäinen asema hoitaa velvoitteensa suoraan kuntalaisilta perittävillä kunnallis- ja kiinteistöveroilla. Valtio on toisaalta lisännyt kuntien lakisääteisiä tehtäviä ja määritellyt palveluiden vähimmäismitoituksia ja kuinka nopeasti palvelujen piiriin on päästävä. Esimerkiksi terveydenhuollon hoitotakuu edellyttää terveyspalveluissa hoidon tarpeen arviointia kolmen päivän sisällä. Tulorahoituksen lisäämisen vaihtoehtoja pohditaan luvussa 3.3.

Kestävyyssvajeen torjuminen vaatii tuottavuuden lisäämistä koko julkiselta sektorilta, myös kunnilta. Kuntien osuutta näistä talkoista valtio voi joko edistää tai vaikeuttaa lainsäädäntömuutoksilla. Tutkimuksessa eritellään keinoja kuntien rahoitusaseman parantamiseksi skaalatuottojen, tulorahoituksen lisäämisen ja kansalaisten henkilökohtaisen vastuun avulla. Tutkimuksen näkökulma on monitulkintaisuus sekä kestäväysvajeen että tehokkuuden parantamisessa. Tutkimuksen fokus on tuottavuuden parantaminen palveluiden järjestämisessä ja tuottavuuskehityksen mittaamisen tarkastelussa. Tuottavuutta ja mittaamista tarkastellaan luvussa 4. Palvelutuotannon tehokkuutta selvitetään 10 vertailukunnan ja Kainuun maakunnan ikäihmisten palveluiden osalta, joiden tarve ja osuus tulee väestökehityksen myötä lisääntymään.

## **2. TUTKIMUSASETELMA**

### **2.1 Tutkimuksen lähtökohdat**

#### **2.1.1 Tutkimusaiheen yhteiskunnallinen viitekehys**

Valtionvarainministeriön taloudellisen katsauksen (syksy 2013) mukaan julkinen talous ei näytä tasapainottuvan keskipitkällä aikavälillä ja julkisen velan suhde kokonaistuotantoon jatkaa kasvuaan. Lisähaasteen julkisen talouden tasapainottamiselle aiheuttaa väestön vanheneminen, mikä johtaa eläke-, terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon menojen kasvuun. Tuottavuuden kasvun hidastuminen ja taantumasta johtuva työpanoksen kasvun pysähtyminen puolestaan rajoittavat talouskasvua ja sitä kautta verotulojen kasvua.

Manner-Suomen kunnat perivät verotuloina vuonna 2012 yhteensä 19,2 mrd. euroa ja saivat valtionosuuksina yhteensä 8,0 mrd. euroa. Vuosina 2014–2017 kuntien verotulojen arvioidaan kasvavan keskimäärin 3 % nykyisin veroprosentein, joita todennäköisesti yleisesti korotetaan. Vuodesta 2008 vuoteen 2014 on keskimääräinen veroaste noussut 6,5 %, josta vuoden 2014 nousu, 2 %, on suurin. Vuonna 2014 keskimääräinen veroprosentti oli Manner-Suomessa 19,75, alhaisin Uudellamaalla (18,81) ja korkein Kainuussa (20,11). Ellei kuntien palvelutuotantoa kyetä tehostamaan, uhkana on että kunnat joutuvat korottamaan tuntuvasti veroprosenttejaan lähivuosina. VM:n työryhmäraportti (2010a, s. 23): "Kuntien järjestämien vanhusväestön hoito- ja hoivapalvelujen työn tuottavuuskehitys on pitkään ollut pääosin negatiivista. Kehityssuunnan kääntäminen on yksi avaintekijöistä koko julkisen talouden kestävyysongelman ratkaisemisessa." Kestävyysvajeen torjuminen edellyttää, että kunnat ryhtyvät määrätietoisiin toimenpiteisiin menokasvun hidastamiseksi ja tuottavuuden parantamiseksi ja että valtio pidättäytyy uusien tehtävien ja velvoitteiden antamisessa kunnille. Väestön ikääntymisestä kuntatalouteen kohdistuvat paineet jatkavat kuitenkin kasvuaan myös pidemmällä aikavälillä.

Huoltosuhteen heikkeneminen on luomassa mittavan paineen julkisen talouden rahoitukselle. Tilastokeskuksen vuoden 2012 väestöennusteen perustella 15-64-vuotiaan väestön ennakoitaan supistuvan 100 000 hengellä vuoteen 2030 mennessä ja samanaikaisesti 65 vuotta täyttäneen väestön kasvavan liki 500 000 hengellä. Julkisen talouden pitkän aikavälin tasapainoa mitataan kestävyysvajeella, joka on tulevien julkisen talouden alijäämien

nykyarvo. Kestävyyssvaje kertoo, paljonko julkista taloutta olisi tasapainotettava keskipitkällä aikavälillä, jotta velkaantuminen pysyisi hallinnassa myös pitkällä aikavälillä ikäsidonnaisten menojen kasvaessa. Kuntasektorin osuus kestävyysvajeen paikkaamisesta on noin 42 % kokonaisvajeesta eli 9,5 mrd. eurosta.

Valtionvarainministeriö arvioi kestävyysvajeen olleen syksyn 2013 tilanteessa 4,7 % suhteessa kokonaistuotantoon vuoden 2017 tasolla. Tästä syystä hallitus on ottanut rakennepoliittisessa ohjelmassaan tavoitteeksi kuntatalouden tasapainon saavuttamisen. Ohjelman mukaan hallitus vähentää kuntien tehtäviä ja velvoitteita siten, että saavutetaan yhden miljardin euron vähennys kuntien toimintamenoissa vuoden 2017 tasolla. Lisäksi toinen miljardin vähennys tulisi saavuttaa kunnallisverojen korotuksilla ja parantamalla kuntien palvelutuotannon tuottavuutta 0,5 % vuositasolla. Kuntaliiton laskelmien mukaan edellinen tarkoittaisi käytännössä veroasteen nostamista yhdellä prosentilla kolmen vuoden aikana. Kunnallisveron lisäksi kunnat saavat osuuden yhteisöveron tuotosta ja kiinteistöveron tuoton kokonaan. Näiden molempien osuus kokonaisverotuotosta on kuitenkin vain 6 – 7 %. Kuviossa 1 kuvataan julkisyhteisön rahoitusjäämän suhdetta bruttokansantuotteeseen.

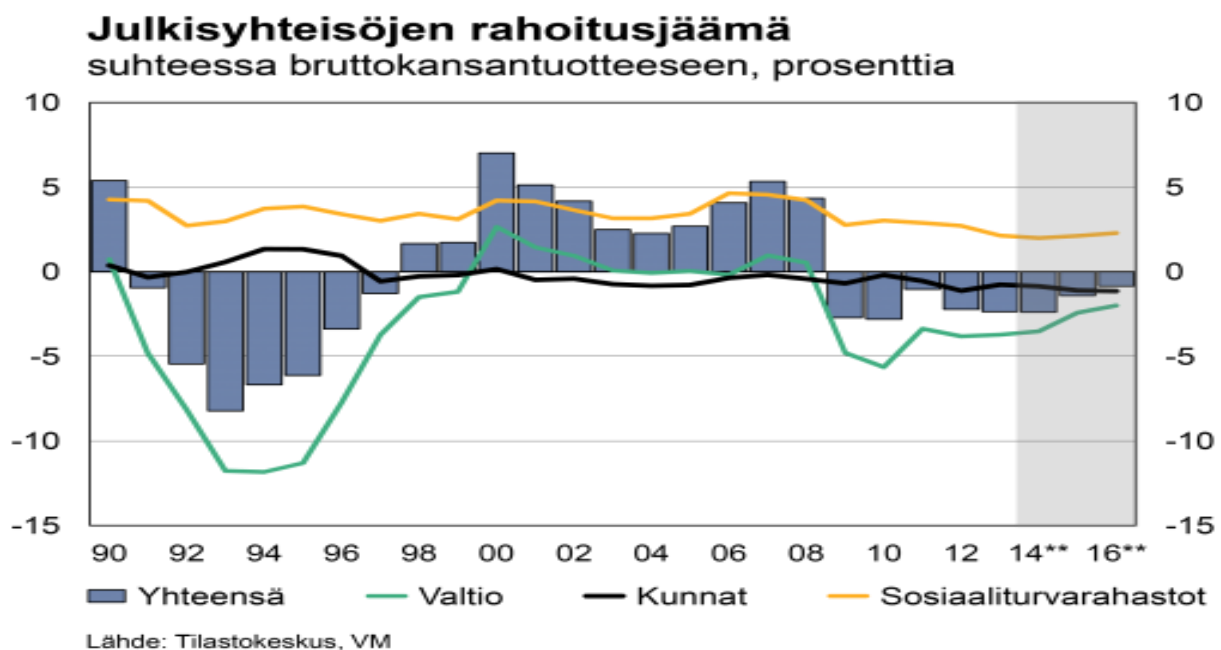
Valtionvarainministeriön kestävyysvajelaskelmien lähtökohtana on aiemmilla julkisilla palvelulupauksilla aiheutettu menneiden sukupolvien velkataakka. Haaparannan (2011) mukaan laskelmissa tulisi painottaa enemmän tulevien julkisten menojen ja tulojen nykyarvoa kuin velkasuhteen kasvua. Pitkän aikavälin laskelmissa on useita epävarmuustekijöitä ja muuttujia. Riittääkö tulevien vuosien talouskasvu ja tulonlisäykset rahoittamaan nykytasoiset palvelulupaukset ja tulonsiirrot muutaman vuosikymmenen tähtäimellä. Millä keinoin kyetään tarjoamaan yhdenvertaiset palvelut riippumatta asuinpaikasta ja toteutuuko nykyisen ja tulevien sukupolvien välinen yhdenvertaisuus. Ilman julkisen palvelutuotannon tuottavuuden lisäämistä tässä yhtälössä ei voida onnistua.

Pysyvä alijäämäisyys kasvattaa paikallishallinnon velan määrän runsaaseen 25 mrd. euroon vuoteen 2018 mennessä, mikä on yli 11 mrd. euroa enemmän kuin v. 2013. Velka nousee yli 11 prosenttiin suhteessa BKT:hen. Tilannetta pahentaa entisestään se, että ikääntymisestä johtuvat kuntiin kohdistuvat menopaineet jatkavat kasvuaan tarkastelujakson jälkeen. Siksi kuntien velkasuhteen nousu uhkaa kiihtyä entisestään, ellei kuntatalou-



teen syntynyttä kestävyysvajetta purkavia lainsäädännöllisiä toimenpiteitä toteuteta rakennepoliittisen ohjelman mukaisesti.

Rakennepoliittisen ohjelman muita toimenpiteitä kuntatalouden tasapainon turvaamiseksi on ohjauksen lisääminen asettamalla sekä rahoitusasematavoite että menorajoite toimenpiteille, jotka valtio kunnille aiheuttaa. Lisäksi kuntalain taloussäännöksiä on tarkoitus uudistaa kuntatalouden tasapainoa tukeviksi. (Valtioneuvoston asetus julkisen talouden suunnitelmasta (120/2014).)



**Kuvio 1. Valtionvarainministeriön painelaskelma julkisen sektorin sopeutustarpeesta (kunnilla noin prosentti), jossa ei ole otettu huomioon toimintojen tehostamista ja veronkorotuksia.**

Vuosittain valtiovarainministeriössä yhteistyössä opetus- ja kulttuuriministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa laadittava peruspalveluohjelma linjaa kuntatalouden kehitystä ja voi olla jatkossa valtion ja kuntien yhteistyön yhä tärkeämpi asiakirja. Kuntatalouden kokonaisuuden arvioissa otetaan huomioon kuntien lakisääteisten tehtävien muutokset ja ohjelmassa tarkastellaan myös kuntasektorin valtakunnallisten tuottavuustavoitteiden toteutumista.

#### **2.1.4. Vastinetta verorahoille toimeksiantotaloudessa**

Kuntien tuloksellisuusvaatimukset ovat kasvaneet uusien johtamisjärjestelmien, kuten tulosjohtamisen myötä. Lisäksi taloustaantumien ovat lisänneet tehokkaiden resurssien käytön vaatimuksia. Kuntalaiset haluavat yhä enemmän vaihtoehtoisia ja monipuolisia palveluita, vaikkei kunnan taloustilanne näitä mahdollistaisi. Kun tilivelvollisuus on aiemmin merkinnyt pääasiassa vain velvollisuutta käyttää resursseja laillisesti, on sen rinnalle tullut nyt korostettu velvollisuus käyttää resursseja myös tehokkaasti ja taloudellisesti sekä kuntalaisten toiveita ja tarpeita vastaavasti (Martikainen et al. 2002, s. 30).

Yritykset ovat teoreettisessa mielessä ansaintatalouksia ja kunnat määritellään toimeksiantotalouksiksi (Hallipelto 1995, 12–15). Tämä tarkoittaa sitä, että kunta on olemassa hoitaakseen saamaansa toimeksiantoa. Toimeksianto tulee kuntalaisilta, jotka joutuvat rahoittamaan veroilla ja maksuilla kunnan toiminnan. Yritysten tarkoituksena taas on ottaa hoitoonsa sellaisia tehtäviä, joiden tuottamisesta voidaan saada voittoa.

Kunnan toimeksiantotaloudellista luonnetta voidaan tarkastella myös päämies- agenttisuhteen avulla. Myös yrityksessä on päämies-agenttisuhteita. Päämies-agenttiteoriassa tarkastellaan kahden eri toimijan välistä suhdetta, jossa toinen taho antaa toiselle taholle hoidettavaksi tehtävän ja rahat sitä varten. Päämies-agenttiteoriassa analysoinnin kohde on päämiehen (tehtävänantaja ja rahoittaja) ja agentin (tehtävänhoitaja) välinen sopimus. Niin tarkkaa sopimusta, jolla määriteltäisiin agentin toteutettavaksi annetut tavoitteet ja keinot, ei käytännössä pystytä koskaan tekemään. Kunnissa on useita päämies-agenttisuhteita (valtio ja kunta), (kunta ja sote-alue) ja (kuntalaiset ja kunta). Toisin kuin yrityksissä, kunnissa päämies voi vaihtua esimerkiksi muuttoliikkeen ja kuntaliitosten johdosta, mutta agentti pysyy. Tämä on teorian kannalta ongelma, kuten on myös sote-alueiden käytännön organisointi. Kuntalaiset ovat päämiehiä palveluiden rahoittajina, mutta onko myös sote-alue päämies tehtävänannon suhteen ja kuntaorganisaatio agentti? Päämies-agenttiteorian avulla tarkastellaan päämiehen ja agentin välisiä intressiristiriitoja. (Meklin 2002 ja Valkama 2004.)

Kunnan talouden tulee olla tasapainossa, joka Kuntalain (365/1995) 65 §:n mukaan määritellään siten, että kunnan tuloslaskelmaan jaksoitettujen tulojen ja menojen erotus tulisi olla vähintään nolla. Toimeksiantotaloudellisen näkökulman pohjalta kunnan talouden tasapai-

no voidaan ymmärtää myös kuntalaisten tekemien uhrausten ja palvelujen käyttämisestä syntyvien hyötyjen suhteena (Sinervo 2009a, 153). Tasapaino tulee saavuttaa myös pitkällä tähtäimellä, jonka saavuttamiseksi monet kunnat laativat talouden tasapainotusohjelmia. Näihin sisällytetään vähimmäistavoitteita esimerkiksi toiminta- ja vuosikatteen, lainakan- nan, nettoinvestointien ja omarahoitusosuuden osalta. Tasapainon saavuttamiseksi voi- daan valita erilaisia toimintapolitiikkoja, kuten menoleikkaukset, tulojen lisääminen maksu- ja tai veroja korottamalla ja tuottavuuden parantaminen. Menoleikkauksiin joudutaan useimmiten yllättävien tai pitkittyneiden ulkoisten muutosten tuloksena. Veronkorotusmah- dollisuudet ovat taas sidoksissa lähialueen muihin kuntiin ja niiden väliseen kilpailutilan- teeseen.

Tuottavuuden parantaminen on pitkäjänteisempää, vaaten suunnitelmallista toimintojen mittaamista ja vertaamista, joten jos lähdetään liikkeelle nolatilanteesta tulosten saaminen vie useamman vuoden. Tällöin voidaan joutua turvautumaan hätäratkaisuihin kuten lomau- tuksiin ja irtisanomisiin. Kunnan talouden tasapainottaminen vuositasolla ja määrärahojen leikkaaminen ilman tai sopimattomilla mittareilla saattaa johtaa epätoivottuihin asiakasvai- kutuksiin ja kustannusten kasvuun tulevaisuudessa. Julkisen hallinnon tarkoituksena on järjestää kansalaisille riittävästi peruspalveluja ja huolehtia niiden laadusta (Anttiroiko et al. 2003, s. 51). Tehtävien järjestäminen ja käyttäjälähtöisten palveluiden tuottaminen edellyt- tävät tällöin järkevää ja taloudellista organisoimista aina tilanteen mukaan.

Tuottavuuden lisäämisen nimissä on viime aikoina alettu vaatimaan kansalaisten omaa panosta terveytensä ylläpitämisestä. On esitetty, että esimerkiksi tupakoitsijoiden tulisi maksaa muita enemmän saamastaan hoidosta terveydenhuollossa. Itsehoitomenetelmiä kehitetään sekä tuodaan ennaltaehkäiseviä ja terveydentilaa kartoittavia palveluita kaup- pakeskuksiin lähelle asiakkaita. Vakkuri, Kivimäki, Mänttari ja Kork (2012, s. 138-173) te- oksessa Julkisen ja yksityisen rajalla - Julkisen palvelun muutos ovat johtopäätöksensä todenneet, että matalan kynnyksen palveluajatus edesauttaa varhaisen puuttumisen lo- giikkaa ja lisää pitkän aikavälin vaikuttavuutta. Paradoksaalisesti tuottavuuden parantami- sen paine voi kannustaa korottamaan kynnystä: leikataan pitkän aikavälin vaikutuksista ja keskitytään rutiiniluonteisiin hoitotoimenpiteisiin. Mitronen ja Rintamäki (2012, s. 174-216) ovat samassa teoksessa tuoneet esille asiakkaiden tarpeiden ja odotusten tarpeiden tunnistamisen tärkeyden palvelukehityksen lähtökohtina. Asiakkaita ei tulisi kohdella vain objekteina vaan kysyä heiltä palautetta ja näkemyksiä ja käyttää niitä hyväksi

palveluprosesseja kehitettäessä. He painottavat asiakaslupauksen, esimerkiksi luvatus hoitoonpääsyajan merkitystä lisäämässä turvallisuudentunnetta sekä arvostusta palveluita kohtaan. Tämä varmasti ei vähennä tunnetta, että veroille on saanut myös vastinetta.

Talouden reunaehtojen toteutumisen varmistamiseksi kuntien tulisi laatia tuottavuusohjelmia, joiden toteuttamisen jälkeen vasta määritellään muiden tarvittavien tasapainotuskeinojen käyttö. Kuntien ylimmän virkamies- ja luottamushenkilöjohdon on kuitenkin vaikeaa hahmottaa kuntien kaltaisten monialayritysten lukuisten toimintojen joukosta niitä olennaisia kohteita, joihin tulee asettaa erityistavoitteita, ellei ole käytettävissä riittävää ja selkeää, luotettavaan mittaukseen perustuvaa vertailutietoa.

Kuntien resurssit tarjota palveluita asukkailleen poikkeavat toisistaan ja yleensä niillä kunnilla, joiden asukkaat tarvitsevat eniten palveluita, on vähiten resursseja. Toiminnan taloudellisuus ja tehokkuus suhteessa vertailtaviin on peruslähtökohta kun tarkastellaan asiaa verorahoille saadun vastineen kannalta. Kuitenkin tehokkuuden maksimoinnissa tulee ottaa huomioon kuntalaisten yhdenvertainen asema valtakunnallisesti ja riittävä tarpeiden tyydyttäminen. Tyytyväisyyttä palveluihin tulee mitata myös yleisillä kyselytutkimuksilla tai perustaa asiakasraateja (Vartiainen, 2012, s. 185), sillä asiakastyytyväisyyskyselyihin eivät voi osallistua ne, joilta palvelut on evätty.

### **2.1.3 Monitulkintaisuus kestävyysvajeen ja tehokkuuden mittaamisessa**

Tutkimuksen lähtökohta on julkisen sektorin kestävyysvaje, jota tulee kaikkien osallisten pyrkiä täyttämään kaikin keinoin. Kestävyysvajeen torjuminen tuntuu helposti ratkaistavalta ongelmalta: lisätään tuloja ja/tai vähennetään menoja. Tutkimuksen näkökulmana on monitulkintaisuuden ajattelutapa, jonka Vakkuri (2012, s. 181) jakaa kolmeen päätöksen tekijän kannalta fundamentaaliin ongelmaan: "Mikä ongelma itse asiassa on (ongelman määrittelyn monitulkintaisuus)? Miten ongelman ratkaisuun voidaan vaikuttaa (syyseuraussuhteiden monitulkintaisuus)? Miten voidaan arvioida ongelmaan kehitettyjen ratkaisujen tuloksellisuutta? (keinojen arvioinnin monitulkintaisuus)?"

Tehokkuuden tavoitteluun ja mittareiden valintaan sisältyy sekä etsinnän että tulkinnan ongelma (Vakkuri 2009, s. 27-30). Etsintään sisältyy vertailtavien kohteiden ja käytäntöjen valinta, kuten millainen vertailumenetelmä on optimaalinen. Tulosten tulkintaa voidaan jäsentää systeemimallin avulla, jolloin tehokkuusinstrumentti kuten esimerkiksi tulosmitta-

risto ensin suunnitellaan, toimeenpannaan, otetaan käyttöön ja viimeisenä todetaan vaikutukset käyttäjälle, organisaatiolle, asiakkaille tai kunnan asukkaille. Tehokkuusinstrumentteja voidaan tutkia useasta näkökulmasta, kuten inhimillisinä tuotoksina, päätöksentekoa edesauttavina mekanismeina, poliittisen käytön kannalta sekä käytön seurausten kannalta. (Vakkuri 2009, s. 27-30.)

Tehokkuutta voidaan mitata, mutta organisaation johto voi käyttää tulosten tulkintaan erilaisia viitekehyksiä. Vakkuri (2009, s. 139-142) jakaa tulkintaviitekehykset tarve-, näyttö-, käytäntö-, prosessi- ja tulosperusteisiin malleihin. Tarveperusteinen malli lähtee ajattelusta, että asiakkaat tarvitsevat palvelua ja tämä menee kaiken muun edelle. Tällöin määrärahojen tarvetta perustellaan esimerkiksi lainsäädännön vaatimuksilla. Tämän mallin käyttö on sosiaali- ja terveystoimessa hyvin yleistä, sillä usein palveluiden sisällöt on lainsäädännöllä määriteltäviä ja joiden tulisi ainakin teoriassa perustua asiakkaiden palvelutarpeisiin ja niiden yhdenmukaiseen tyydyttämiseen.

Näyttöperusteisessa mallissa halutaan aikaansaada todennettavissa olevia vaikutuksia ja erityisesti parantaa vaikuttavuutta. Mallia käytetään sosiaali- ja terveystoimessa resurssien lisäämisperusteena esimerkiksi ennaltaehkäiseviin ja varhaiseen puuttumiseen tähtääviin palveluihin, joiden vaikuttavuutta on kuitenkin erittäin hankalaa mallintaa ja mitata.

Käytäntöperusteinen malli perustuu oletettuun ristiriitaan käytännön ja tehokkuusinstrumenttien välillä, jotka tulevat usein ylhäältä annettuna. Johtajat soveltavat tuloksia omien näkemystensä todentamiseen. Prosessiperusteinen malli perustuu uskomukseen palvelutuotantoprosessin kehittämisen kaikkivoipuuteen. Tällöin esimerkiksi toimintolaskennan paljastamia haitallisia ”sivuvaikutuksia” ei välttämättä noteerata, kun vain pääprosessi toimii ja saa aikaan haluttuja vaikutuksia. Tasapainotetun mittariston (BSC) yksi neljästä näkökulmasta on prosessien kehittäminen.

Tulosperusteinen malli yhdistää poliittiset ja strategiset tavoitteet toteutuneeseen toimintatulokseen. Tavoitteiden ja tulosten monitulkintaisuus mahdollistaa tarkoitushakuisen pelaamisen ja poisselittämisen.

Tehokkuusinstrumentteja voidaan käytännössä käyttää todistamaan oikeuttamaan nykytilanne ja ettei mitään välttämättä tarvitse tehdä. Toisaalta instrumentteja voidaan valita joh-

tamisen ja organisaation kontekstuaalisten tarpeiden lähtökohdista ja käyttää tilanteen mukaan. Kolmanneksi voidaan ottaa käyttöön yksittäisiä tehokkuusinstrumentteja ja ratkaisemaan yksittäisiä ongelmia. Neljäntenä vaihtoehtona on pyrkimys uudistaa johtamisen käsitemaailma ja kulttuuri tavoitteena tuloksellisuuden lisääminen kulttuurisen muutoksen kautta (Vakkuri s. 147).

## **2.2 Tutkimusvirike ja tutkimuksen tavoitteet**

### **2.2.1 Tutkimusvirike: ikävakiointi sosiaali- ja terveystalouden todellisten kustannuserojen paljastajana**

Olen työssä perusturvan talouspäällikkönä Kirkkonummella vuodesta 2010 alkaen ja tätä ennen noin 15 vuotta samoissa tehtävissä Järvenpäässä. Järvenpää liittyi Keskisuurten kuntien vertailutietokantaan vuonna 2007 ja Kirkkonummi vuonna 2009. Molemmat kunnat olivat menestyneet hyvin Kuntaliiton 60 suurimman kunnan nettotoimintamenojen vertailussa. Molemmissa kunnissa oli yllätys ja jopa järkytys, kun ensimmäisen osallistumisvuoden tulokset julkaistiin. Tuloksena oli, että ikävakioituilla sosiaali- ja terveystalouden kokonaismenoilla Järvenpää oli kallein kunnista vuonna 2007 ja Kirkkonummi vuonna 2009. Yhteinen tekijä molemmissa kunnissa oli vanhustenhuollon kustannusten korkea osuus kohderyhmän asukasmäärään verrattuna. Molemmat kunnat sijaitsevat Etelä-Suomen alueella, jossa asukkaiden verotulot ovat suhteellisen korkeat ja ikärakenne enemmän lapsi- kuin vanhuspainotteinen.

Tulokset aiheuttivat kunnissa ikärakennetta vastaaviksi. Vaihtoehtoisesti pohdittiin, saako palveluja liian helposti, onko palvelurakenne liian asumispalvelu- ja laitospainotteinen vai onko palvelutuotannon aktiivisen pohdinnan ja toimenpideohjelmien laadinnan, mitä voidaan tehdä kustannusten saattamiseksi yksikkökustannukset erityisen kalliita. Nämä kaikki osatekijät vaikuttavat osaltaan kokonaiskustannuksiin.

### **2.2.2 Tutkimuksen tavoitteet**

Tutkimuksen tarkoituksena on vertailla tutkimuskuntien vanhuspalveluiden tuottavuutta ja sen kehitystä neljän vuoden ajanjaksona tapaustutkimuksena ikävakioituun kustannusvertailuun perustuen.

Myös tuottavuuden parantamiseen liittyy monitulkintaisuutta. Valtion toimenpiteet hoitotakuu- sekä henkilöstön vähimmäismitoitus- ja koulutusvaateilla ovat lähinnä vähentäneet kuntien toimintojen tuottavuutta kymmenen edellisen vuoden aikana. Raisio (2009, s. 73 - 91) käsittelee monitulkintaisuutta teoksessa Paras mahdollinen julkishallinto (s. 73 – 91) pirullisina (wicked) ongelmina, joiden ominaispiirre on, että ongelmiin sisältyvät monitulkintaisuudet voidaan selittää monella tavalla ja valittu selitys määrää, miten ongelma ratkaistaan. Hän ottaa esimerkiksi terveydenhuollon Kansallisen terveyshankeen ja hoitotakuu-uudistuksen (2001-2007). Uudistuksen ideaalimalli koostuu fundamentaalisuudesta, vakaudesta ja tarkoituksellisuudesta. Uudistus oli fundamentaalinen ja siinä käytettiin William Hsiaon mallintamia ohjaussäätimiä, joita ovat rahoitus, organisaatio, maksut, sääntely ja vakuuttelu. Muita kuin viimeksi mainittua käytettiin uudistuksessa hyväksi. Organisaation uudistaminen epäonnistui, jonka toteutumista tavoitellaan nyt sote-uudistuksen yhteydessä. Vakauden saavuttamista ja kehittymisvaiheeseen pääsyä ovat taas haitanneet työvoimapula ja kasvavat asiakasvaatimukset. Reformin tarkoituksellisuutta resurssien lisäysvelvoitteiden näkökulmasta ovat epäilleet kunnat sekä rahoittajan että palvelutuottajan ominaisuudessa ja toisaalta asiakkaat sekä yksityiset palveluntuottajat ovat kiitelleet uudistusta. Ennaltaehkäisevyyden puutetta uudistuksessa on korjattu jälkeenpäin lakisääteistämällä terveysneuvonnan lakisääteisiä tarkastussyklejä. Terveydenhuollon uudistamishanke ei ole saavuttanut sairauspäivärahan vähentymistavoitteita eikä päässyt pirullisen ongelman tasolle.

Valtion asettamista reunaehdoista huolimatta tehokkuutta voidaan lisätä. Ensin pitää tunnistaa ja päästä yksimielisyyteen toiminnoista, joita tulee tehostaa. Tunnistamiseen tarvitaan mittareita, joiden tulee olla riittävän valideja, luotettavia ja relevantteja. Yksiselitteistä ei aina ole sekään, kohdistuuko tuottavuusongelma palveluiden rakenteeseen, laajempaan toimintaprosessin pullonkauloihin vai yksittäiseen toimintoon. On ratkaistava, supistetaanko tiettyjä palveluita vai rajataanko palveluiden saantia. Mikäli kiristetään henkilöstömitoituksia, lisääntykö sairauslomat ja saadaanko uutta henkilöstöä. Tukeeko vai estääkö poliittinen päätöksenteko muutoksia ja onko virkamiehillä muutosjohtamiseen tarvittavaa toimeenpanokykyä. Tuottavuutta voidaan parantaa ottamalla käyttöön teknologisia apuvälineitä. Tuottavuutta parannettaessa tulisi huolehtia toiminnan tuloksellisuudesta ja vähintäänkin säilyttää ennallaan palveluiden vaikuttavuus. Tehostamisprosessien onnistumisen arviointiin liittyy myös monitulkintaisuutta riippuen katsotaanko asiaa asiakkaan, työnteki-

jän vai veronmaksajan näkökulmasta. Onnistumisen arvioon vaikuttaa asianosaisen arvo-maailma, näkökulma ja preferenssit. Palvelut ovat kuitenkin olemassa asiakkaita varten.

Tuottavuuden eri lähikäsitteitä ja mittaustapoja käsitellään luvussa 5. Tuottavuutta voidaan parantaa makro- ja mikrotasolla. Kestävyyssvajeen torjumisessa fokuksena on koko julki-nen talous. Kuntasektorilla voidaan tuottavuutta parantaa kuntaliitoksilla, sote-palvelurakennemuutoksella, kuntien yhteistyöllä ja kunnan omin toimin. Luvussa 3 käsi-tellään valtio-kuntasuhdetta ja siihen liittyvää skaalatuottavuutta sekä tulorahoitusta.

Monasti käsitykset tehokkaasti hoidetusta palvelutuotannosta perustuu asukaskohtaisten menojen vertaamiseen. Kuitenkin ikärakenteeltaan erilaisten kuntien menojen vertaaminen ei kerro kuin osatotuuden. Kunnissa, joissa on suhteellisesti vähän ikäihmisiä, vanhusten-huollon sekä terveydenhuollon tarve on merkittävästi vastakkaisia kuntia pienempi. Myös sairastavuudessa on suuria alueittaisia eroja. Jotta luotettava kuntavertailu olisi mahdollis-ta, on tilinpäätöstietoja ryhdytty vertaamaan ikä- sekä tarvevakioituna. Tätä tietoa on hyö-dynnetty jo kuntien valtionosuusuudistuksessa vuonna 1993. Sosiaali- ja terveystoimen valtionosuusjärjestelmä muuttui tällöin eri ikäryhmien väestöosuuksilla porrastetuksi ja muun muassa sairastavuus- ja vammaistukikertomilla painotetuksi laskennalliseksi osuu-deksi, joka korvasi kustannusperusteiset alueellisesti määritellyt valtionosuusprosentit. Valmisteilla oleva uudistus painottuu entistä enemmän tarvevakiointiin.

### **2.2.3 Tutkimuskysymykset**

Tutkimuksen tavoitteena on osoittaa kuntien tehokkuuseroja ja ikävakionnin vaikutusta kustannuksiinilutietoon perustuen, että taloudellisuuden ja tehokkuuden mittaaminen on monitulkintainen ongelma. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää:

- miten ikärakenne ja ikävakiointi vaikuttaa ikäihmisten palvelujen järjestämisen kustan-nuksiin
- mittausmenetelmien valinnan (hoitoisuus ja hoidon pituus) vaikutusta toiminnan tehok-kuuden arviointiin
- ikäihmisten palveluiden tuotantorakenteen eroja ja sen vaikutusta kokonaiskustannuksiin
- ikäihmisten yksittäisten palveluiden tehokkuuden suhde kokonaiskustannuseroihin.



## 2.3 Tutkimusaineisto ja menetelmät

### 2.3.1 Tutkimuksen kohteena olevat kunnat

Tutkimuksen case -kuntina ovat Järvenpää, Kemi, Kerava, Kirkkonummi, Kotka, Lohja, Mikkeli, Porvoo, Rovaniemi, Salo ja Kainuun maakunta, jotka ovat osallistuneet Kuntaliiton Keskisuurten kuntien vertailuun jokaisena vuonna 2009 - 2012. Vertailujoukon asukasmäärä ja 65 -vuotta täyttäneiden määrä ja osuus ilmenee taulukosta 1. Väestömäärältään suurin on Kainuun maakunta (3,5 kertaa suurempi kuin Kemi), jossa on myös ikäihmisiä eniten. Kemi on väestömäärältään pienin, mutta Kemiä vähemmän ikäihmisiä on Kirkkonummella. Kuntien sijainti painottuu eteläiseen Suomeen (yhteensä 7 kuntaa) ja erityisesti Uudellemaalle (5 kuntaa). Vertailtavissa kunnissa on huomattavat erot ikärakenteessa ja yli 65 -vuotiaiden osuudessa asukkaista. Vuonna 2012 Kainuulla, Kotkalla, Kemillä, Salolla ja Mikkeliällä on asukkaista vähintään 21 % yli 65 -vuotta täyttäneitä. Lohjalla, Porvoolla, Rovaniemellä ja Keravalla on vastaava osuus vaihteli 15,3 ja 17,8 prosentin välillä. Järvenpäässä ja Kirkkonummella oli suhteessa vähän ikäihmisiä, 13,8 ja 12,2 prosenttia. Kaikkien verrokkien, paitsi Rovaniemen vanhusväestön osuus kasvoi 2 - 2,7 prosenttia tutkimusvuosien 2009 – 2012 aikana. Rovaniemen vanhusväestön osuus kasvoi poikkeuksellisesti vain 1,2 %. Enemmän eroja oli kokonaisasukasluvun muutoksessa vuosina 2009 – 2012. Kasvu oli keskimäärin 0,5 %. Eniten kasvoi Kirkkonummen, Järvenpään, Keravan ja Rovaniemen asukasluku (2,9 – 1,7 %) ja eniten väheni Kainuun (-2,3 %) ja Kemin (-1,4 %) asukasluku. Ikäihmisten palveluiden kustannuskehityksen vertaamiseen nähden kunnat ovat siis melko samassa asemassa.

Taulukossa 1 on myös THL:n laskemat kuntakohtaiset sairastavuusindeksit. Indeksi kuvaa kuntien ja alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon. Indeksissä on otettu huomioon seitsemän eri sairausryhmää ja neljä eri painotusnäkökulmaa, joista sairauksien merkitystä arvioidaan. Indeksien sisältämät sairausryhmät ovat syöpä, sepelvaltimotauti, aivoverisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden ongelmat, tapaturmat ja dementia. Indeksissä kunkin sairausryhmän yleisyyttä painotetaan sen perusteella, mikä on ko. sairausryhmän merkitys väestön kuolleisuuden, työkyvyttömyyden, elämänlaadun ja terveydenhuollon kustannusten kannalta. Indeksien arvo on koko maassa 100, ja on sitä suurempi, mitä yleisempää sairastavuus alueella on. Ikävakioimaton sairastavuusindeksi heijastelee alueelle kohdentuvaa sairastavuustaakkaa

ja esimerkiksi sen aiheuttamaa palvelujen tarvetta verrattuna koko maan tasoon. Sen sijaan alueiden väliseen vertailuun soveltuu paremmin indeksin ikävakioitu versio (id: 243), johon alueiden ikärakenteiden erot eivät vaikuta.

		Väestö 31.12.2012			Sairastavuusindeksi 2010	
	Maakunta	Koko väestö	yli 64 -vuotiaat	Ikäihm. % osuus	ikävakioimaton	ikävakioitu
Kainuu	Kainuu	77 435	17 345	22,4	120,3	111,5
Rovaniemi	Lappi	60 877	9 801	16,1	99,9	103,3
Kotka	Kymenlaakso	54 873	12 237	22,3	130,8	124,2
Salo	Varsinais-S.	54 858	11 630	21,2	104,8	102,2
Mikkeli	Etelä-Savo	54 519	11 776	21,6	108,9	103,8
Porvoo	Uusimaa	49 028	8 433	17,2	89,6	92
Lohja	Uusimaa	47 516	8 790	18,5	97,4	97,4
Järvenpää	Uusimaa	39 646	5 471	13,8	81,4	87,1
Kirkkonummi	Uusimaa	37 567	4 583	12,2	66,2	74,7
Kerava	Uusimaa	34 491	5 277	15,3	85	89,3
Kemi	Lappi	22 257	4 808	21,6	153	144,3
<b>Yhteensä / ka</b>		<b>533 067</b>	<b>100 152</b>	<b>18,8</b>	<b>103,4</b>	<b>102,7</b>

Lähde THL ja Tilastokeskus

### **Taulukko 1. Vertailukuntien sijainti, väestömäärät ja sairastavuusindeksi.**

Taulukosta 1 ilmenee, että ikäihmisten väestöosuudella ja sairastavuudella on selkeä korrelaatio. Indeksien suuret erot selittävät palveluiden järjestämisen kustannuseroja. Vertailuja tehdessä tulee ottaa erot huomioon väärien johtopäätösten välttämiseksi.

Kuntaliiton keskusurten kuntien vertailusta vuonna 2012 voidaan laskea, että vertailun vanhuspalvelut, johon on lisätty perusterveydenhuollon vuodeosastohoito kattaa 26,2 % sosiaali- ja terveydenhuollon menoista. Mielenkiintoista on se, että vanhustenhuollon ikävakioidut ja deflatoidut bruttomenot ovat pysyneet täysin ennallaan vuodesta 2009. Muut ikävakioidut kustannukset ovat nousseet 7,1 %. Suurimmat kuntien väliset kustannuserot ovat vanhuspalveluissa. Vuonna 2009 halvimman ja kalleimman ero oli 126 % ja pieneni neljässä vuodessa 73 prosenttiin. Keskimäärin kustannuserot pysyivät keskimäärin ennallaan noin 13 prosentissa, mutta lisääntyivät terveystaloudessa 35 prosentista 47 prosenttiin.

### **2.3.2. Tutkimusmenetelmät**

Kunta rahoittaa, järjestää ja tuottaa palveluita, jotka muodostavat kokonaisuuden, josta voidaan erottaa raha- ja reaalitalous. Tutkimuksessa käsitellään reaalitalouteen kuuluvia

skaala- ja mittakaavaetuja, joita tarkastellaan palvelutuotannon järjestämisvaihtoehtojen kautta. Rahatalouden näkökulma on toimintojen järjestämisen taloudellisuuden ja tehokkuuden vertaaminen.

Tutkielmassa toteutetaan empiirinen tapaustutkimus, jonka perustana on käytetty Kuntaliiton keskisuurten kuntien sosiaali- ja terveystoimen ikävakioitua vertailutietoaineistoa vuosilta 2009 – 2012. Terveystoimen ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Sotkan tietokannasta on saatu väestö- ja suoritustiedot. Samasta lähteestä on vertailutietona myös vastaava aineisto tarvevakioituna. Tapaustutkimus on hyvin aineistosidonnaista ja aineiston käsittely systemaattista. Tarkoituksena on että, lukijan on mahdollista seurata tutkijan päättelyä ja näin arvioida analyysin onnistumista (Uusitalo 1995, s. 80–82).

Tapaustutkimusta käytetään yleisesti tutkittaessa ilmiötä, joka on monimutkainen ja sisältää erilaisia näkökulmia sekä yhteiskunnallisia prosesseja. Erityisesti yhteiskunnallinen konteksti on usein kiinteästi yhteydessä tutkittavaan ilmiöön (Laine, Bamberg & Jokinen 2007, s. 42). Eksploratiivisen eli etsinnällisen tutkimusotteen keinoin tutkimuksessa on tarkoitus pyrkiä löytämään niitä tekijöitä ja reunaehtoja, jotta mittaamalla ja vertaamalla voidaan todeta todellisia kustannuseroja julkisessa palvelutuotannossa. Eksploratiivinen tutkimusote antaa harvoin yksiselitteisiä vastauksia tutkimusongelmiin. Kuitenkin etsinnällisin keinoin pystytään tekemään oletuksia sekä toisaalta kehittää teoreettisia näkökulmia ilmiöön liittyen. (Uusitalo 1995, s. 62.)

Tilastoaineiston käytöstä huolimatta tutkimuksessa ei käytetä tilastollisia menetelmiä vaan tutkimusote on laadullinen, sillä otosjoukko on alle 30 eli liian pieni tilastollisen luotettavuuden saavuttamiseen. Lisäksi tutkimuskuntien vertaamisessa on jouduttu käyttämään tuotteistamatonta suoritustietoa, joka johtaa epätarkkuuteen mittauksessa.

Tapaustutkimuksen tuloksia on mahdollista yleistää käsittelemällä yhtä tai useampaa tapausta. Tutkimuksen strategiset valinnat tulee tehdä siten, että tapauksesta saadaan tarpeeksi laaja kuva, jolloin yleistäminen on jollakin tasolla mahdollista. (Uusitalo 1995, 78–80.) Tähän tavoitteeseen pyritään tässä tutkimuksessa tarkastelemalla 11 erilaista case-kuntaa ikä- ja tarvevakioitun aineiston kautta sekä tekemällä sekä pitkittäis- että poikittaisvertailuja. Tapaustutkimuksen kohteita voi havainnoida monipuolisemmin kahden kunnan osalta, joissa olen tai olen ollut työssä.

### **3 KEINOVALIKOIMA KESTÄVYYSSVAJEEN TORJUMISESSA**

#### **3.1 Valtio-kuntasuhde ja kunta- ja palvelurakennemuutos**

Kunta- ja palvelurakennemuutos käynnistyi vuonna 2005. Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (169/2007, nk. puitelaki) tuli voimaan helmikuussa 2007. Kuntamuutuksen tavoitteena on hallitusohjelman mukaan vahvoin peruskuntiin pohjautuva kestävä ja elinvoimainen kuntarakenne, jolla turvataan palvelujen yhdenvertainen saatavuus koko maassa. ”Vahva peruskunta muodostuu luonnollisista työssäkäyntialueista ja on riittävän suuri vastataksaan itsenäisesti peruspalveluista vaativaa erikoissairaanhoidon ja vaativia sosiaalihuollon palveluita lukuun ottamatta. Vahva peruskunta kykenee myös vastaamaan yhdyskuntarakenteiden hajautumiskehitykseen ja tulokselliseen elinkeinopolitiikkaan sekä kehitystyöhön” Uudistusta on toteutettu kuntarakennetta, palveluiden rakenteita, tuotantotapoja ja organisointia kehittämällä.

Luoma ja Moisio (2005, s.12) tutkivat vuonna 2003 kuntakoon merkitystä tuottavuuteen. Empiiristen tutkimusten mukaan kaikkein pienimmät käyttömenot asukasta kohden olivat 1 000 – 10 000 asukkaan kunnissa. Terveystuon menot olivat pienimmät noin 30 000 ja sosiaalityon noin 10 000 asukkaan kunnissa. Vain hallintokustannukset pienenevät asukasta kohden mitä suurempi kunta oli.

Suomen kuntaliiton ja kuuden eri yliopiston Paras Arttu –arvointitutkimushankkeessa 2008-2012 oli mukana maaseutumaisia, taajaan asuttuja ja kaupunkimaisia kuntaliitoskuntia, yhteistyökuntia sekä muita verrokkikuntia yhteensä 40. Tutkimuksen taloustutkimuksesta vastasi Tampereen yliopisto, jonka osuuteen sisältyi olennainen kysymys syntykö kuntaliitoksista ”säästöjä”. Päätösseminaarin loppuraportissa mukaan kuntaliitoksen jälkeisinä ensimmäisinä vuosina liitoskuntien menojen kasvu on ollut Paras-kaudella 2007–2011 voimakkaampaa kuin tulojen kasvu. Jotkut liitoskunnat ovat tehneet juuri ennen yhdistymistä investointeja, jotka ovat tuoneet lisäkustannuksia uusille kunnille. Lisäksi on alkanut tulla erilaisia fuusiokustannuksia muun muassa neuvotteluista, kone- ja laitekannan yhtenäistämistä ja palkkojen harmonisoinnista (2012, s.15). Kustannussäästöjen aika tulee rakenteiden ja toimintaprosessien yhteensovittamisen jälkeen ja kun henkilöstön viiden vuoden suoja-aika päättyy. ARTTU tutkimuksessa ei voitu osoittaa liitos-, yhteis-

työ- ja verrokkikuntien välisiä eroja ryhmien välillä vaan enemmän eroja ilmeni ryhmien sisällä (2012, s.21).

Elinvoimaisia kuntia ei synny yhdistelemällä heikon väestö- ja työpaikkakehityksen kuntia. Kuntajakoselvitysalueista 16 on luokiteltu heikoimpaan ryhmään, kun tarkastellaan työikäisen väestön, huoltosuhteen, työpaikkojen ja talouden kestävyyskehitystä, näillä kaikilla mittareilla. Kun kuntien yhdistymistä tarkastellaan maakuntatasolla, tilanne paranee huoltosuhteen, työpaikkojen ja talouden kestävyyskehityksen osalta. (Jauhiainen & Huovari, s. 45).

Koska kunta- ja palvelurakennemuutos ei edennyt toivotussa nopeudessa eikä laajuudessa erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden väestöpohjatavoitteiden osalta, muutettiin keväällä 2011 kunta- ja palvelurakennemuutosta koskevaa puitelakia siten, että valtioneuvosto sai toimivallan velvoittaa kunnan yhteistoimintaan. Kesällä 2012 pääministeri Kataisen hallitus esitteli Kunnallishallinnon -rakenne työryhmän valmistelemat väestöpohjaa, alueen työssäkäyntiä ja kunnan taloutta koskevat kriteerit, joiden perusteella kunnat ovat velvollisia selvittämään kuntaliitosta (Kunnallishallinnon rakenne -työryhmä 2012a; 2012b ja Palvelurakennetyöryhmän loppuraportti 2012).

Kunnallishallinnon -rakenne työryhmän raportin pohjalta kuntajakolaki muutettiin kuntarakennelaki. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä linjattiin työryhmän valmistelemana tammikuussa 2013 siten, että perusterveydenhuollon ja merkittävilta osin erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaisivat kunnat tai sosiaali- ja terveydenhuolto alueet, joiden väestöpohja olisi vähintään 50 000–100 000 henkilöä.

Vaihtoehtoisena ratkaisuna vapaaehtoisten kuntaliitosten riittämättömyyteen, neljä suurinta puoluetta pääsi maaliskuussa 2014 sopuun sosiaali- ja terveystoimen palvelurakenteen uudistamisesta. Linjauksen mukaan maan kaikki viisi erikoissairaanhoidopiiriä tulevat vastaamaan peruspalveluiden järjestämisestä alueellaan vuoden 2017 alusta lukien. Tämän jälkeen Kataisen hallitus linjasi, että kuntien pakkoliitoksista luovutaan, koska sille ei enää nähty pakottavaa tarvetta. Sote-ratkaisulla on ollut vaikutusta myös poliittiseen keskusteluun metropolihallinnon toteuttamisen sisällöstä sekä uudistuksen myöhentämisestä.

Kuntien yhdistyminen ja/tai sosiaali- ja terveystoimen palveluiden yhdistäminen tehostaa poikkeuksetta palvelutuotantoa. Esimerkiksi tuoteistus kehittyy ja yhtenäistyy, tehottomia

palveluysiköitä voidaan sulkea ja otetaan käyttöön yhdistyneen alueen parhaat käytännöt. Mikäli sote-uudistuksessa kuntien tuottamat peruspalvelut tullaan kilpailuttamaan, voivat tehokkuuserot kaventua. Mahdollinen kilpailuttaminen voi aiheuttaa ongelmia, sillä kunnilla on kokemusta kilpailuttamisesta, mutta ei sen kohteena olemisesta.

Suomen kuntaliitto on julkaisussaan Kuntatuottavuuden ABC listannut kuntaliitosten etuja seuraavasti:

Hallinnon ja päätöksenteon päällekkäisyydet voidaan purkaa, työtapoja yhtenäistää ja saadaan skaalaetuja hankinnoissa. Henkilöstö voi erikoistua ja sen osaamista voidaan lisätä. Sijaistyövoimaa ja kollegiaalista tukea on helpommin saatavilla. Urakehitysmahdollisuudet ja henkilöstön kehittäminen paranee. Suurempi koko auttaa kestämään suhdannevaihteluita ja kansainvälisen kysynnän muutoksia. Voidaan investoida aluekehitykseen, jolloin alueen elinvoimaisuus voi lisääntyä. Uutta teknologiaa saadaa helpommin käyttöön ja tilojen käyttöaste paranee. Kuntalaisten arki tulee sujuvammaksi esimerkiksi julkisen liikenteen lippujärjestelmillä ja kirjaston lainausjärjestelmillä. Seudun asumisen ja elinkeinojen strateginen kehittäminen helpottuu kun keskinäinen kilpailu veronmaksajista poistuu.

Loikkanen ja Susiluoto (2005) tutkivat peruspalveluiden kustannustehokkuutta DEA – analyysillä vuosina 1994-2002. Sen tuloksena alueellisesti Pohjois- ja Itä-Suomen syrjäseutukunnat menestyvät vertailussa huonosti ja lähes kaikki Joensuun–Oulun linjan pohjoispuolelle sijoittuvat kunnat jäävät tehokkuudeltaan heikoimpaan neljännekseen. Myös Keski-Suomen sisäosat sijoittuvat paljolti melko vaatimattomasti, kun taas maan länsiosat selviävät vertailussa keskimäärin hyvin.

Skaalahyötyjen näkökulmasta Helsinki (sijoitus 317, 353 kunnasta) menestyi heikommin kuin kehyskunnat. Etelä-Suomen osalta tuloksena oli, että kunnan koon kasvaessa tehokkuus laskee. Tehokkuutta nostaa koulutustaso, joka vähentää sairastavuutta ja palvelujen tarvetta. Tehokkuutta heikensi laaja palveluvalikoima, joita suuret kaupungit tarjoavat. Yleinen tehokkuutta laskeva tekijä oli kuntayhtymäyhteistyö tai palvelujen ostaminen toiselta kunnalta. Tampere, Oulu, Lahti, Kuopio ja Pori sijoituivat vahvimpaan kolmannekseen, joista Lahti menestyi ympäryskuntiaan paremmin.

Kunta- ja rakenteen uudistuksen haasteena on, miten palveluiden yhtäläinen saatavuus turvataan alueellisesti ja lisääntykö tehottomuus ”ylisuurissa” yksiköissä. Kuntaliitosten haittapuolena voi suurimpien kuntien yhdistymisissä byrokratian ja väliesimiesportaan määrän lisääntyminen sekä harvaan asutuilla alueilla palvelujen saannin vaikeutuminen, mikäli lähipalveluita lakkautetaan. Asiakas joutuu tällöin asiointimatkojen maksajaksi.

### **3.2 Valtionosuusuudistus osana rakenneuudistusta**

Valtionosuuksien perusteista päätetään lailla, eikä kunnat voi tähän määrällisesti tärkeään tulorahoituksen osaan itse vaikuttaa. Valtionosuuksia maksetaan tällä hetkellä erityisesti kunnan ikärakenteen (82 %) mukaisesti painottaen vanhusväestöä. Seuraavaksi suurin jakoperuste on sairastavuus 10 % osuudella. Verotulojen tasaus kuntien kesken valtionosuuksien maksatuksen yhteydessä on ollut pienille kunnille olennainen osuus niiden tulorahoituksesta. Ne kunnat, joiden veroprosentti ylittää 91,86 % keskimääräisen veroprosentin saavat 100 % tasauksen. Tasausvähennys muille kunnille on 37 %.

Valtioneuvoston lakiesitys eduskunnalle valtionosuusjärjestelmän uudistamiseksi vähentää ikärakenteen vaikutuksen 70 prosenttiin. Lausuntokierroksen jälkeen merkittävää painotusta lapsiin ja nuoriin vähennettiin. Alkuperäisessä esityksessä vanhusikäryhmän asukas-kohtaisia valtionosuuksia esitettiin vähennettäväksi ikäryhmästä riippuen 30 - 50 prosentilla. Toisaalta sairastavuuden osuus valtionosuudesta nostetaan 24 prosenttiin. Uutena tekijänä lakiesityksessä on kunnan koulutustasoa, jonka osuus kokonaisvaltionosuudesta on vain 0,7 %. Verotulojen tasaus esitetään muutettavaksi niin, että tasausta saa kaikki keskimääräisen veroprosentin ylittävät kunnat, mutta vain 80 % aiemman sadan sijaan. Myöskin tasausvähennys muuttuu liukuvaksi 30 - 38,1 % vaihteluvälillä. Laskelmien mukaan uudistuksen häviäjiä olisivat alle 20 000 tuhannen ja erityisesti alle 10 000 asukkaan kunnat, joiden tulokertymiin muutoksella on huomattava vaikutus. Asukasta kohden valtionosuuden menetys olisi enimmillään Merikarvialla 592 euroa, joka menettäisi noin 8 % käytötaloustuloistaan. Valtionosuusuudistus siis tukee kuntarakenteen uudistamistavoitteita.

### 3.3 Kuntien tulorahoituksen lisäämismahdollisuudet

Kuntien pitäisi pystyä kattamaan käyttötalouden ylijäämällä poistonsa ja rahoittamaan ainakin osan investoinneista. Todellisuudessa vuonna 2012 Manner-Suomen kunnista 80 eli neljännes ei pystynyt kattamaan edes käyttötalousmenojaan tuloillaan ja näitä kuntia oli joka maakunnassa. Kainuun kunnista kaksi kolmesta teki negatiivisen tilinpäätöksen.

Kuntien bruttovelka on tasoltaan yli kolminkertaistunut vuodesta 2000 lähtien. Vastaavasti velan suhde bruttokansantuotteeseen on kaksinkertaistunut samalla ajanjaksolla. Kuntien lainakanta kasvoi vuonna 2012 edellisvuoteen verrattuna lähes 1,3 miljardia euroa eli 11,5 prosenttia ja oli asukasta kohden 2261 euroa. Omavaraisuusaste eli kuntien oman pääoman suhde koko pääomaan oli 62 prosenttia vuonna 2012. (Kuntien ja kuntayhtymien taloustilasto, Tilastokeskus).

Jos tulojen ja menojen kehitys jatkaa nykyisellä tasolla, kuntatalous velkaantuu kiihtyvällä vauhdilla, ja velan määrä lähes kaksinkertaistuu vuoteen 2017 mennessä. Matala korkotasoo on parantanut velkaantuneiden kuntien tilannetta, mutta korkotason lähtiessä nousuun liikkumavara entisestään kaventuu. Kasvavan väestökehityksen kunnat ovat perustelleet velanottoa sillä, että pitää ottaa myös tulevat asukkaat mukaan maksamaan investointeja. Kuntasektorin talouden heikot näkymät ja huoltosuhteen heikkeneminen eivät tue tällaista näkökulmaa.

Asiakasmaksutuloilla katetaan noin 4,2 % kuntien menoista ja noin 9 % sosiaali- ja terveystoimen menoista. Koulutuspalvelut ovat kokonaan ilmaisia. Terveystoimen maksuista suurin osa on maksuasetuksella säädeltyjä. Maksuasetus määrittelee maksujen enimmäistason. Asetusta eikä siis maksujen tasoa muutettu vuosien 2002 - 2008 välillä lainkaan. Vuonna 2008 asetusta muutettiin, perustaso nostettiin ja maksut sidottiin kansaneläkeindeksiin siten, että niitä voidaan korottaa kahden vuoden välein. Suuri osa terveystaloudesta kuuluu vuonna 1999 maksuasetukseen lisätyn kalenterivuosisikohtaisen maksukaton piiriin, jonka ylittyessä maksuja ei enää peritä tai esimerkiksi lyhytaikaisen laitoshoidon maksut peritään alennettuina. Asiakasmaksulain kaikki tulosidonnaiset maksut jäivät maksukaton ulkopuolelle. Tuottojen lisääminen vaatisi siis maksuasetuksen muutoksen, joka käytännössä voisi rajata pienituloisempien asiakkaiden palvelujen saantia tai pakottaa heidät



hakemaan toimeentulotukea maksuista selvitäkseen. Valtion rakennepoliittiseen ohjelmaan kuuluu yhtenä tavoitteena kuntien maksutuottojen lisääminen, mutta maksupolitiikan ja maksujärjestelmän valmisteilla oleva uudistus uhkaa päinvastoin vähentää vanhusten palveluista perittäviä maksutuottoja.

Pääosa Suomen koulutus- sekä sosiaali- ja terveystalouden palveluista tuotetaan julkisella sektorilla. Tämä valta-asema on Hallipellon (2008, s. 60) mielestä heikentänyt julkissektorin omaa kehitystä ja estänyt vastaavien yksityisten palveluiden syntymistä ja elinvoimaisuutta, koska se tyydyttää kyseessä olevien palvelujen kysyntää ilmaisilla tai selvästi alihinnoitelluilla palveluilla.

## **4. TUOTTAVUUS JA SEN MITTAAMINEN**

### **4.1 Mittaamisen käsiteperusta**

Tuottavuus määritellään tuotosten ja panosten suhteena. Panokset tai resurssit voivat olla henkilötyövuosia, aineetonta ja aineellista pääomaa tai materiaalia tuotannontekijöitä. Julkisella sektorilla tuottavuutta mitataan yleisesti deflatoidun yksikköhinnan kehityksen avulla tai aikaansaadun arvonlisäyksen avulla.

Taloudellisuus on panosten ja tuotosten suhde eli suoritteiden- tai tuotteiden yksikkökustannus, jota voidaan käyttää vaikka ostopalveluiden oman tuotannon edullisuusvertailuun. Taloudellisuuden luotettava vertaaminen on mahdollista täsmälleen samanlaisten tuotosten osalta. Muussa tapauksessa tuotokset tulee jakaa eri tuotteisiin esimerkiksi tarvittavan henkilöstöresurssin tarpeen mukaisesti.

Tehokkuus ilmaisee tuottavuuden suhteessa vertailukohteeseen. Vertailukohteena voi olla vastaavanlainen yksikkö, tietty standardi tai paras käytäntö. Vertaamisessa voidaan tehokkuus määritellä kuinka paljon voidaan saada tuotoksia mahdollisimman pienin panoksien tai vakioden panokset ja verrata tuotoksia. Tehokkuutta mitataan suhteessa parhaaseen mahdolliseen tuottavuuteen. Tehokkaimpien yksiköiden tuottavuuden paranemi-

nen tarkoittaa teknologian ja tuotantomenetelmien paranemista. Tehottomat yksiköt lisäävät tuottavuuttaan vain silloin, kun tehokkaimmat lisäävät sitä samanaikaisesti vähemmän. Tehokkuutta voidaan mitata erilaisin menetelmin, joita ovat esimerkiksi Data Envelopment Analysis (DEA), Balanced Scorecard (BSC), toimintolaskentajärjestelmä (ABC), Logical Framework –viitekehys ja kokonaisvaltainen laatujohtamisen järjestelmä (Vakkuri 2003; Vakkuri 2009, s.128-132).

Vaikuttavuudella tarkoitetaan aikaansaattua muutosta tavoitteeksi asetetussa asiassa, esimerkiksi hoidon vaikutusta potilaan terveydentilaan. Vaikuttavuuden muutosta voidaan kuvata asiassa tapahtuvana onnistumisen suhteena tai muutoksena suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Toiminnalle asetetut tavoitteet tulevat olla yleisiin suosituksiin perustuvia tai yleisesti tavoiteltavia, riittävän tavoitteellisia ja asiakkaan hyvinvointia ja terveyttä lisääviä.

Tuloksellisuus on tuottavuuden ja tehokkuuden yläkäsite, joka tarkoittaa tuotetaan alhaisilla kustannuksilla sellaisia palveluita, jotka vaikuttavat asiakkaaseen halutulla tavalla, tällöin palvelutuotanto on laadukasta myös tarpeiden näkökulmasta eli tuloksellista kun palvelut suunnataan niitä eniten tarvitseville. Voidaan puhua myös kokonaistavoitteen saavuttamisesta. Laatu koostuu toivotuista tuotannon asiakasvaikutuksista, sujuvasta asiakasprosesseista sekä työntekijöiden soveltuvuudesta ja muiden resurssien halutuista ominaisuuksista tuotoksessa.

## **4.2. Tuloksellisuuden monitulkintaisuus**

Kaikki tuloksellisuuden mittaamisen tulkintamallit pohjaavat panos-tuotos -ajatteluun joko suoraan tai tietyltä osalta tai se on vähintään taustalla. Muut mallit ovat tuoneet siihen vain uusia näkökulmia, kuten Balanced Scorecard. Julkista toimintaa ohjaa rahoituksen niukkuus suhteessa tarpeisiin. Erotuksena markkinarahoitteiseen toimintaan, joka perustuu kannattavuuteen tai kustannusvastaavuuteen, julkisrahoitteisessa toiminnassa ei saada tuotoksista maksua joko lainkaan tai vain osakatteisesti. Näin ollen oikeiden palveluiden tuottamista ei saada yksiselitteisesti selville kuten markkinarahoitteisessa toiminnassa, jossa asiakkaat ostavat tuotteita ja palveluita, joita katsovat tarvitsevänsä.

Julkisrahoitteisessa toiminnassa puhutaan yhteiskunnallisesta vaikuttavuudesta ja tuloksellisuudesta. Tuloksellisuus sisältää laadun käsitteen, jota ei voida yksiselitteisesti mitata yleisillä mittayksiköillä kuten määrää. Tuotos koostuu määrästä ja sen laadusta. Sanotaan, ettei määrä korvaa laatua, mutta on myös mahdollista tuottaa tai ostaa kilpailuttamalla yli-laatua. Vaikuttavuuden käsitteeseen nähden laatu on yleensä nähty alisteisena, mutta joskus rinnakkaiskäsitteenä tai osatekijänä (Vakkuri s. 48-49). Hyvän laadun voidaan katsoa lisäävän vaikuttavuutta ja päinvastoin.

#### **4.3 Miksi tuottavuutta tulisi lisätä vanhustenhuollossa**

Vanhustenhuolto ja myös terveydenhuolto ovat työvoimavaltaisia asiakkaan kohtaamiseen perustuvia palvelualoja, joissa teknologian kehitys ei ole lisännyt tuottavuutta siten kuin on tapahtunut tavaratuotannossa. Työvoimapulan välttämiseksi näiden alojen reaalipalkkoja on kuitenkin korotettu lähes muita toimialoja vastaavasti. Mitä enemmän tuottavuus ja reaalipalkat kansantaloudessa kasvavat, sitä kalliimmiksi terveyden- ja vanhustenhuollon yksikkökustannukset nousevat. Kansantaloustieteessä tätä kutsutaan ns. Baumolin taudiksi. Eli veronkorotustarve kasvaa. Tähän on valtion yhtenä tuottavuuden nostotavoitteena esitetty lääkkeeksi kuntien velvoitteiden karsimista.

Historiallisesti teollisuuden vahvuutta suhteessa palvelualoihin voidaan perustella valitulla talous- ja elinkeinopolitiikalla, joka on painottanut ensisijaisesti tavaroiden vientiä ja tukenut vientiteollisuutta aina 1990-luvulle saakka (Hallipelto, s. 60). Aika näyttää, onko palvelusektorilla tarjottavanaan vientikelpoisia tuotteita, joilla voisimme osaltaan torjua kestävyysvajettamme.

Kuntien vuodeosastohoito ja muut pitkäaikaislaitoshoitopaikat tulisi korvata kuntoutussairaaloilla ja kotiuttaa asiakkaat mahdollisimman nopeasti kotiin. Vanhusten toimintakyky katoaa laitoksessa jo kuukaudessa, jolloin nopea kuntouttaminen takaa paluun kotiin. Palvelurakenteita muuttamalla ja pitkäaikaisten laitospaikkojen määrän vähentämisellä kolmanneksella voitaisiin säästää jopa 600 miljoonaa euroa ja alle 20 000 asukkaan kuntien toimintojen yhdistäminen palveluverkoksi voisi antaa noin 300 miljoonan euron säästön. Vanhushuollon nihkeä rakennemuutos voi osaltaan johtua siitä, että koko sosiaalisektorilta puuttuu kustannustietoisuus, tuotteistaminen ja vaikuttavuusanalyysit. (Kinnula et al., s. 116.)

#### **4.4 Tuotteistaminen mittaamisen perustana**

Tuotteistaminen on tuottavuuden luotettavan mittaamisen perusta. Tuotteistetussa palveluissa sen osat on vakioitu ja räätälöity asiakkaiden erilaisiin tarpeisiin. Tuotteen tunnuspiirre on, että tuote voidaan tuottaa vastaavan sisältöisenä uudestaan. Tuotteistuksen perusidea on tuotekuvaus: mitä tuoteselosteessa lukee, kun tuote on myynnissä. (Stenvall & Airaksinen 2009; Tyni ym. 2009). Asiakaslähtöisyys ja tuotteistaminen liittyvät tiiviisti toisiinsa. (Länkinen 2005; Stenvall & Airaksinen 2009.) Jatkuva tuotekehitys mahdollistaa laatutason nostamisen. (Holma 2006; Parantainen 2005.) Tuotteistettu palvelu on tasalaa-tuisempaa, jolloin asiakkaan laatuodotusten ja koetun laadun kuilu pienenee (Länkinen 2005).

Palveluita kilpailuttaessa on tiedettävä mitä haluaa ostaa ja se onnistuu kun määriteltä os-tettavan palvelun sisältö mahdollisimman tarkasti. Myös mikäli halutaan verrata oman tuo-tannon hintaa ostopalveluihin, on määriteltävä vastaavatko tuotteet toisiaan ennen hinnan vertaamista.

#### **4.5 Tuottavuuden mittaaminen vanhustenhuollossa**

Pelkän yksikköhintojen vertaaminen ei anna oikeaa kuvaa tuottavuudesta, sillä asiakkai-den hoidon tarve vaihtelee merkittävästi. Vanhustenhuollossa on käytössä useita hoitoi-suuden huomioon ottavia menetelmiä. Kuntaliitto yhdessä 20 suurimman kaupungin kans-sa on käynnistänyt mittarihankkeen, jossa esimerkiksi vuodeosastohoidon ja asumispalve-luiden tuotteistus on tehty RUG painokertoimilla. Valtionvarainministeriö on julkaissut Kes-tävän kuntatuottavuuden ja tuloksellisuuden mittaamisen käsikirjan, johon on otettu van-hustenhuollon tuottavuusmittareiksi mittarihankkeessa kehitetyt mittarit, kuten RUG-painotetun asumispalvelu-, vanhainkoti- ja terveyskeskusten laitoshoitovuorokausien muu-tos suhteessa kyseisen hoivan deflatoituun kustannusten muutokseen. Kotihoidon osalta mitataan asiakkaan luona suoritettua työn muutosta suhteessa deflatoituun kokonaiskus-tannusten muutokseen. Palvelumittarina on kotihoidon kustannukset 65 ja 75 vuotta täyt-täneitä kohden.

RUG -mittaristo kuvaa asiakkaiden vaatimia taloudellisia voimavaroja ja sitä voidaan käyt-tää potilasrakenteen vakioinnissa, kustannusseurannassa ja budjetoinnissa. Tampereen

kaupunki käyttää menetelmää tuotteistuksessaan, josta saatuja tuloksia on käytetty hyväksi tässä tutkimuksessa.

RAI -mittaristo sisältää laatuindikaattoreita, joka ottaa huomioon liikkumista estävien välineiden käytön, ilman hoitoa olevien masennustapausten määrän sekä kaatumisten ja painehaavojen määrän. RAI mittaa Data envelopment (DEA) –analyysillä teknistä tehokkuutta, jossa panoksina ovat henkilötyövuodet ja hoitopaikkojen määrä ja tuotoksina potilasrakennevakioitunut hoitopäivät. Tuottavuusindeksi lasketaan kokonaiskustannusten suhteena potilasrakennevakioituihin hoitopäiviin. Kustannustehokkuutta mitataan potilasvakioitujen hoitopäivien suhteena kokonaiskustannuksiin. Jos edellä mainittujen tekijöiden määrä on vähäinen ja yksikkökustannukset ovat silti edulliset, on toiminta tehokasta ja laadukasta.

Rava -mittaristo mittaa avun tarvetta liikkumisessa, syömisessä, pukeutumisessa ja lääkkeiden ottamisessa sekä asiakkaan muistia, käytöstä, näköä, kuuloa ja puhekykyä. Sen tukena käytetään depressio- ja muistiseulaa. Mittaristo on jaettu kuuteen luokkaan alkaen arvosta 1,29 (satunnainen avun tarve) päättyen arvoon 4,03 (täysin autettava). Mittari on tarkoitettu vain 65 vuotta täyttäneiden toimintakyvyn arviointiin. Tätä nuoremmille ja käytännössä kaikenikäisille on tarkoitettu FIM -mittaristo, joka mittaa asteikolla 1 – 7 samoja asioita kuin RAVA. Tässä tutkimuksessa on kotihoidon yksikköhintojen vertaamisessa käytetty THL:n keräämän kotihoidon hoitoilmoituksen viisiportaista toimintakykyluokitusta.

Kuntien palvelukustannusten vertaamista vaikeuttaa se, että palveluiden tuotteistukseen ei ole sovittu yhteisiä periaatteita ja tuotteita. Tällöin vertailun tulokset eivät ole luotettavia. Pisimmällä tuottavuuden mittaamisessa ollaan erikoissairaanhoidossa, jossa on käytössä NordDRG -järjestelmä. Se on diagnooseihin ja tehtyihin toimenpiteisiin perustuva potilaiden ryhmittely, joka mittaa hoitoketjuja. Hoitoepisodi kattaa koko hoitoprosessin avokäynneistä ennen ja jälkeen leikkauksen sekä vuodeosastojaksot eli kuvaa hoidettua potilasta. Sote-uudistus voi mahdollistaa hoitoepisodin mittaamisen myös perusterveydenhuollon puolelle saakka kun toimintaprosesseja saadaan yhtenäistettyä.

## 4.6 Millainen on hyvä mittari ja mihin niitä voi käyttää

Mittarin on oltava ymmärrettävä, konkreettinen ja käytännöllinen eli hyöty-vaiva suhteelltaan tehokas. Mittari mittaa sitä mitä oli tarkoitus mitata eli se on validi. Mittarin tulos on reliaabeli eikä sen tulokset vaihtelee satunnaisesti. Mittarilla tulee olla relevanssia eli mittariksi tulee valita sellainen, joka on käyttäjälle olennainen. Hyvä mittari kuvaa muutoksen suunnan, määrän ja nopeuden muihin verrattuna. Mittarit voivat olla objektiivisia, taloudellista määrätietoa kuvaavia tai subjektiivisia, esimerkiksi hoitojakson pituus tai asiakastyytyväisyyskyselyt. Pääosin subjektiivisista mittareista koostuu myös kunnissa laajasti käytetty Kaplanin ja Nortonin (1996) kehittämä tasapainotettu mittaristo, joka ottaa talousmittareiden lisäksi huomioon prosessien kehittämisen, asiakastyytyväisyyden mittaamisen ja henkilöstön osaamisen kehittämisen. Onnistuminen eri osa-alueiden tavoitteiden asettamisessa ja niiden toteuttamisessa mitataan kuitenkin lopulta talousmittareiden tulosten perusteella.

Mittareiden luominen toimenpiteiden vaikutusten tunnistamiseksi ja seurannaksi on kuntien tuottavuuden ja toiminnan tuloksellisuuden parantamisen tärkeimpiä edellytyksiä. VM:n tuloksellisuuden mittaamisen käsikirjan mukaan mittaamista ja mittareita tarvitaan:

- toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen sekä tulokselliseen ja tuottavaan toimintaan kannustamiseen,
- oppimiseen, vertailuun ja palkitsemiseen,
- tilivelvollisuudesta huolehtimiseen, kontrolliin ja valvontaan sekä
- raportointiin ja vertailuun.

Käsikirjassa on tuottavuusmittareiden lisäksi vaikuttavuusmittareita, joihin vanhustenhuollon osalta on otettu kotihoidon ja kodin ulkopuolisen hoivan asiakkaiden hoitoisuus ja sen vuosimuutos RAVA, RUG tai RAI mittaustuloksena. Alaviitteenä on todettu, että mittari ei oikeastaan mittaa vaikuttavuutta vaan asiakkaiden hoivan tarvetta. Parempi mittari onkin vuodeoston hoitojakson pituuden mittaaminen ja hoidon päättymisen tuloksen analysointi. Mikäli asiakas palaa vuodeosastolta kotiin tarvitsematta palvelua, on hoito ollut vaikuttavaa. Pitkäaikaishoidon vaikuttavuuden mittaamisessa taas tulisi käyttää esimerkiksi painehaavojen esiintymistä asiakkailla ja muita hoidon laatua kuvaavia mittareita. Käsikirjassa

kuvataan myös työelämän laadun mittareita. Työelämän laatu näkyy yleensä suoraan asiakkaan kokemassa laadussa.

Mittaaminen menee hukkaan, ellei sen antamaa informaatiota käytetä hyväksi toiminnan muutokseen. Väärin tai tarkoituksella ilman relevanssia valittu mittari voi ohjata toimintaa kokonaisuuden kannalta epäolennaiseen suuntaan.

#### 4.7 Mittareiden rajoitteet

Lotta-Maria Sinervo on väitöskirjassaan kuvannut mittaamisen ongelmia, jotka perustuvat P. Smithin (1995, s. 192-216) julkaisemaan jaotteluun. Yksi mittaamisen ja vertaamisen ongelmista on **tylsistyminen** eli haluttomuus kokeilla uusia menetelmiä tai mitattavien organisaatioiden samanlaistuminen, kuten on vaarana myös tämän tutkimuksen pohjana olevassa ikävakioidussa vertailussa. Mittareita tai verrokkeja on vaihdettava, jotta mielenkiinto ja innovatiivisuus säilyy. Toinen benchmark-vertailun lieveilmiö on **konvergenssi** eli lähentyminen, joka syntyy menestyjän matkimisesta. Se mikä sopii tiettyyn ympäristöön ja kontekstiin, ei välttämättä johda toivottuun ja taloudelliseen tulokseen erilaisessa ympäristössä.

Julkisen sektorin toiminnassa **osaoptimointi** on yleistä, jolloin tulosmittareita käytetään vain määrien mittaamiseen tai yksittäisiin vertailukohteisiin. Kokonaisuuden hallinta ja toimivuus on muutenkin haasteellista, sillä kuntien todellisuutta on toimialojen keskeinen taistelu niukoista resursseista. Mikäli jokin toimiala pystyy osoittamaan tehostamistarpeensa tai ylivoimaisuutensa esimerkiksi kuntavertailulla, miten tämä voidaan ottaa huomioon ellei muilla ole vastaavaa mitattua tietoa. Tulokset voidaan ohittaa tai pahimmillaan ne osuvat mittajaan omaan nilkkaan.

**Tunnelinäkemys** tarkoittaa keskittymistä osa-alueisiin kokonaisuuden kustannuksella. Kunnissa tämä on todellisuutta, sillä tehtäväkenttä on hyvin laaja. **Lyhytnäköisyyden** riski on toteutuu julkisella sektorilla liian usein, sillä on esimerkiksi erittäin vaikeata kehittää luotettavia mittareita ennaltaehkäisevään toimintaan, joiden hyödyt realisoituvat vasta pidemmällä aikavälillä. **Pelaaminen** on esimerkiksi tiettyjen erien siirtelemistä talousar-

viovuosien välillä tuloksen tasoittamiseksi ja viimeisenä **petos tai luova laskentatoimi**, jossa voidaan väärentää, jättää kertomatta tai parannella tuloksia.

Mittaamisessa on olemassa myös **käyttäytymistieteellisiä rajoitteita**, sillä päätöksiä tekevät epärationaaliset ihmiset, joilla on erilaisia rajoitteita. Täten niin sanottujen täydellisten valintojen tekeminen on mahdotonta, koska niihin vaikuttavat nimenomaan muun muassa huomion kiinnittämisen, muistin, inhimillisen kognitiivisen kapasiteetin ja kommunikaation rajoitteet (Vakkuri 2006, 33).

#### **4.8 Tuotteistaminen tilaaja-tuottajamallin mahdollistajana**

Tilaaja-tuottajamallin ovat ottaneet käyttöön lähinnä suuret ja keskisuuret kaupungit, kuten esimerkiksi Jyväskylä, Jämsä, Oulu, Raasepori, Raisio, Rovaniemi ja Tampere. Yleensä on perustettu erilliset virka- ja luottamushenkilöorganisaatiot tilaaja- ja tuottajapuolelle ja on siirrytty sopimusohjausmenettelyyn. Monessa tapauksessa on tilaaja-tuottajamalliin siirrytty kuntaliitostilanteessa. Esimerkiksi Karjaan kaupunki, joka liitettiin Raaseporiin, oli edelläkävijä sosiaali- ja terveystoimen kokonaispalvelujen ulkoistamisessa, joka edesauttoi tilaaja-tuottajamalliin siirtymistä.

Mallissa on neljä erillistä toimijaa, jotka jaotellaan toimeksiantajiin tai rahoittajiin, tilaajiin, tuottajiin sekä palveluiden käyttäjiin eli asiakkaisiin. Palveluiden rahoittaja tai toimeksiantaja antaa toimivallan tilaajalle, jonka tehtävänä on sovittaa yhteen toimeksiantajan määrittelemät tavoitteet, käytettävissä olevat resurssit ja saatavilla olevat vaihtoehtoiset palvelut ottamalla huomioon yhteiskunnan sosiaaliset arvot. Tuottajilla on oltava itsenäinen päätöksentekooikeus oman toimintansa organisointiin ja tuloksen käytöstä kilpailukyvyyn varmistamiseksi eli siltä vaaditaan tuotannollista tehokkuutta ja kykyä toimia markkinoilla. Tilaaja-tuottajamallin yhtenä tavoitteena on siirtyä eri osapuolten välisistä valtasuhteista aitoon asiakassuhteeseen, jossa asiakkaan valinnanvapaus ja vastuu lisääntyy. Tämä lisää palvelutuotannon innovatiivisuutta ja ohjaa palvelutuotantoa tehokkuuteen asiakkaan omat preferenssit huomioon ottaen.

Tilaaja-tuottajamalli ei yleensä perustu vapaalle markkinaehtoiselle kilpailulle vaan kvasimarkkinoille, jossa julkinen valta säätelee markkinoille tuloa, hinnanmuodostusta ja tuottajan ja kuluttajan autonomiaa (Lillrank & Haukkapää-Haara, s. 24). Asiakkaan valta on delegoitu tilaaja-agentille ja tuottajilla on velvoite hoitaa kaikki tilaajan edellyttämät asiakkaat.



Asiakas voi valita suhteellisen vapaasti palvelutuottajansa vain palvelusetelijärjestelmässä, mikäli tietää mitä haluaa ja on siihen varaa. Kilpailu voi lisätä kustannustehokkuutta, mutta voi myös rajoittaa palveluiden sisällön kehittymistä joustamattomilla palvelun sisältövaatimuksilla. Näennäismarkkinoista puhutaan silloin, kun kunnan erottelee oman organisaation sisällä tilaaja- ja tuottajaorganisaation.

Kuntaliiton Toimi 2010 hankkeen loppuraportin mukaan, huolimatta erilaisten tilaaja-tuottaja -mallien toteutustavoista, kaikilla kaupungeilla oli melko yhtenevät perustavoitteet: 1) asiakaslähtöisyys, 2) paremmin ja nopeammin reagoiva palvelutuotanto, 3) jatkuva tuotekehitys ja palvelutuotteiden arviointi, 4) palvelujen järjestämisen kustannustietoisuus ja –tehokkuus, 5) oman palvelutuotannon johtamisen liiketoiminnallinen ote sekä 6) poliittisen ohjauksen strateginen ote.

Tilaajan ja tuottajan toiminnan erottelu kuntahallinnossa edellyttää johtamisjärjestelmän radikaalia uudistamista ja yleensä pyrkimystä hyödyntää palveluntuottajien kilpailutusta. Muutoksessa voidaan painottaa 1) tilaajan ja tuottajan roolien eriyttämistä eli hallinnollista muutosta, 2) sopimuksilla ohjaamista eli ohjauskeinon muutosta tai 3) monituottajamalliin siirtymistä eli tuotantotapojen muutosta. Hallinnollinen muutos on käytännössä erilliset tilaaja- ja tuotantoelimet (Junnila et al., s. 8).

Edellytyksenä toimivalle tilaaja-tuottajamallille on, että kunnassa on laadittu palvelustrategia ja on päätetty kuka mitäkin tuottaa, kunta itse vai yksityissektori. Kannattavuusvertailu edellyttää tuotteistamalla yhteismitallisiksi saatettuja palveluita. Sote-uudistus tuo toimialalle puuttuvaa, mutta tarvittavaa yhteistä tuotteistamismäärittelyä. Uudistus todennäköisesti edellyttää kaikkien, myös kuntien tuottaman, palveluiden tuotteistamista. Kilpailutettujen palveluiden hankinnassa yleinen ongelma on pitkäjänteisyyden puute lyhyistä sopimuskausista johtuen. Kilpailua ja hankintojen edullisuutta lisäisi ja hankintakausien pidentäminen. Tällöin tulisi onnistua kilpailutuksen vaatimusten määrittelyssä tai mahdollisesti siirtyä käyttämään neuvottelumenettelyä, jonka avulla voidaan ottaa huomioon mahdolliset innovatiiviset kehittämisideat sekä määritellä laatuvaateet tarkemmin. Pitkät sopimuskaudet edellyttäisivät myös joustoa hintamekanismeissa, jotta palvelutuottaja pystyisi rahoittamaan esimerkiksi palvelun laatuun vaikuttavat investoinnit sopimuskauden aikana. Kilpailutuksilla on ostopalveluille asetettu laadulliset vähimmäisvaatimukset, mutta kunnan omilta palveluilta ei ole välttämättä vaadittu samaa. Ostettujen palveluiden laadun valvonta on

nykyisin monesti jäänyt asiakasvalitusten kautta tapahtuvaksi tulipalon sammutteluksi, johon uudistus tuonee keskitetyn valvontajärjestelmän ja –organisaation kautta tehokkuutta.

Sitä saa mitä tilaa -raportissa (Junnila et al. 2012, s. 157-171) on annettu 17 -kohtainen luettelo suosituksia tilaaja-tuottaja toimintojen kehittämiseksi. Näissä painotetaan esimerkiksi kunnan oman toiminnan kustannusten tuntemuksen lisäämistä, tuotteistamista ja yhteismitallisten seurantamittareiden kehittämistä. Kilpailutusten osalta painotetaan vähimmäislaadun vaatimista, liikkumavaran jättämisestä laadunkehitykseen sopimusaikana ja neuvottelumenettelykäytännön lisäämistä.

Neljä suurinta puoluetta julkisti sunnuntaina 23. maaliskuuta 2014 esityksensä sote-uudistuksesta, joka tarkoittaa maan jakamisesta viiteen suuralueeseen eli noin miljoonan asukkaan yliopistosairaaloiden muodostamat erityisvastuualueet ottavat vastatakseen kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Uudistuksen valmistelu on ollut riitaista tähän saakka, kun sitä on aiemmin yritetty kytkeä osaksi kuntauudistusta. Nyt esiteltyä mallia kehuivat sekä THL:n, sairaanhoitopiirien sekä ammattijärjestöjen johtajat. Kuntaliitto esitti huolensa kuntien lähidemokratian kaventumisesta.

Sote-uudistus on yksi tilaaja-tuottaja mallin sovellus. Se tarjoaa mullistavia mahdollisuuksia tuottavuuden näkökulmasta. Tukipalveluita ja hallintoa voidaan keskittää. Suurimmat tuottavuus ja myös asiakasvaikutukset tulevat yhtenäisistä palvelun tarjonnan pelisäännöistä. Suuralueella päätettäisiin tuottavuuden kannalta olennaisista asioista, jotka aiheuttavat kuntien välisiä kustannuseroja. Kuten yhteiset hoivan myöntämiskriteerit eli ketkä asiakkaista ovat oikeutettuja saamaan esimerkiksi kotipalvelua tai laitoshoidtoa. Millaisella henkilöstömitoituksella laitoshoidtoa annetaan. Mihin palvelupisteet sijoittuvat ja mikä on riittävä asukaspohja terveyskeskukselle. Yhdistetäänkö kuntien palvelutoiminta ja –yksiköt suureksi kuntayhtymäksi vai yhtiötetäänkö kuntien nykyistä palvelutuotantoa. Kilpailuttaako tilaaja eli sote-aluehallinto kuntia palvelujen tuottajina kuten bussifirmoja. Tällöin vain tehokkaat yksiköt valitaan tuottajiksi.

Sote-uudistuksessa on myös mahdollisia syntyä eturistiriitoja, luottamuspulaa tai arvoyhteensopimattomuutta, jotka liittyvät päämies-agenttisuhteisiin. Lillrank & Haukkapää-Haara (2006, s. 18) ovat kuvanneet kolme keskeistä terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-mallin päämies-agenttisuhdetta:

- palveluiden käyttäjän ja toimeksiantajan välinen suhde (esim. terveysongelmasta kärsivän kuntalaisen ja kunnan välinen suhde)
- palveluiden tilaajan ja tuottajan välinen suhde (esim. tilaajaorganisaation suhde terveyskeskuksiin ja sairaaloihin)
- toimeksiantajan ja tilaajan välinen suhde (esim. kunnan poliitikkojen ja virkamiesjohdon suhde tilaajaorganisaatioon)

Sote-uudistuksen skaalahyödyt ovat merkittävät pelkästään yksityissektorin palveluita kilpailutettaessa. Uudistuksen mittakaava on kuntien menoja tarkasteltaessa tarkoittaa samaa kuin, että Suomen kunnat olisivat yhdistyneet kymmeneksi suurkunnaksi. Sote-uudistuksella on siten suuri vaikutus myös kuntauudistukseen. Suuruuden ekonomian avulla voidaan hoitaa noin puolet kaikkien kuntien velvoitteista, antaako se elinmahdollisuuden myös pienille kunnille?

Mikäli eri tuotteiden hintaa ei pystytä luotettavasti vertaamaan esimerkiksi oman tuotannon ja ostopalveluiden välillä, on palvelustrategioiden laatiminen heikoissa kantimissa. Tällöin voidaan asettaa tavoitteita, kuten esimerkiksi henkilöstöä ei lisätä, poliittisista lähtökohdista.

## 5. TUTKITTAVAT PALVELUT

### 5.1 Ikäihmisten palveluiden käsitteet, palvelutuotteet ja maksut

Vanhuspalveluiksi luetaan yli 65 -vuotiaille tarjottu kotihoito, palveluasuminen, vanhainkotihoito ja terveyskeskuksen vuodeosastohoito. Kotihoitoon katsotaan usein kuuluvaksi kansanterveyslakiin perustuva kotisairaanhoito sekä sosiaalihuoltolakiin perustuva kotipalvelu ja siihen liittyvät tukipalvelut. Palveluasumisella tarkoitetaan kodinomaista asumista esteettömissä asunnoissa ja sinne tuotettavista tarpeen mukaisista palveluista. Vuonna 2012 kotonaan asui 90 % ja laitoshoidossa oli 3,8 % 75 -vuotta täyttäneistä.

Oikeus asua omassa kodissa on suomalaisen hoivapolitiikan tavoite, mutta voi olla turvattomuutta aiheuttavaa yksinäiselle ja toimintakyvyltään rajoittuneelle asiakkaalle. Jotkut

kunnat ovat alkaneet tarjota ryhmäkotityyppisiä asuntoja, joka voi näissä tilanteissa lisätä turvallisuuden tunnetta.

## 5.2 Avohoito

Ikäihmisten kotiin annettuja avohoidollisia palveluita ovat säännöllinen ja tilapäinen kotihoito, tukipalvelut ja omaishoidon tuki. Avohoito on käsitteenä laajempi siten, että tehostetun palveluasumisen katsotaan kuuluvan avohoitoon. Luokittelu määrittää asiakkaan oikeuden saada Kansaneläkelaitokselta etuuksia, kuten asumistukea, hoitotukea sekä korvauksia lääkekuluihin kriteerien täytyessä.

Asumispalveluihin liittyvien käsitteiden käyttö on moninaista. Puhutaan palveluasumisesta ja asumispalveluista, ympärivuorokautisesta hoivasta tai dementiahoidosta. Palveluasumista voidaan luokitella henkilökuntatarpeen mukaan. Asuminen voidaan jakaa tavalliseen, tuettuun ja tehostettuun sekä vaativaan ja erittäin vaativaan. Tehostettu palveluasuminen on käsitteenä yleisin ja juuri sitä hankitaan kilpailuttamalla. Tavallinen asuminen esimerkiksi ryhmäkodeissa ja -asunnoissa voidaan katsoa kotona asumiseksi, jolloin palvelut tuotetaan kotihoitona ja kotihoidon maksuperustein. Laitoshoitoon kuuluu perinteisen jaon mukaan terveydenhuollon puolella terveystieteellisten sairaaloiden pitkäaikaishoito ja sosiaalitoimen puolella vanhainkodit.

Kunnat vastaavat vanhustenhuollon palvelujen järjestämisestä joko tuottamalla niitä itse, hankkimalla palvelut omalta kuntayhtymältään tai kilpailuttamalla yksityisiä toimijoita. Vuonna 2012 säädettiin laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteellisten palveluista (jäljempänä vanhuspalvelulaki).

Vanhuspalvelulain mukaan kunnan on toteutettava iäkkään henkilön pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen yksityiskotiinsa tai muuhun kodinomaiseen asuinpaikkaansa järjestettävillä sosiaali- ja terveystieteellisten palveluilla, jotka sovitetaan sisällöltään ja määrältään vastaamaan iäkkään henkilön kulloisiakin palveluntarpeita. Pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoshoidona vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai jos se on iäkkään henkilön arvokkaan elämän ja turvallisen hoidon kannalta muuten perusteltua.

Laista jätettiin pois hoivahenkilöstön mitoitusta koskevat minimivaateet. Se aiheutti lakia valmisteltaessa poliittista kiistaa. Mitoitusvaateen määrittely ja kytkentä asukkaiden hoivan tarpeeseen olisi ollut vaikeaa tai vaikeaselkoista. Vähimmäismitoitusta sovelletaan kuitenkin silloin, kun kilpailutetaan hoivapalveluja. Tällöin voidaan muodostaa useampia palvelutuotteita, joissa kytkentä henkilöstön vähimmäismitoitukselle suhteutetaan hoivan tarpeeseen.

Kunnat myöntävät palveluja yksilöllisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella, jota sosiaalihuoltolaki edellyttää tehtäväksi määrääjässä 80 vuotta täyttäneille ja vaikeavammaisille henkilöille. Palvelutarpeen selvittäminen perustuu asiakkaan omaan näkemykseen ja vanhuspalvelulaissa määriteltyjen asiantuntijoiden arvioon. Kunnalla on oltava erityisasiantuntemusta on oltava ainakin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrian, lääkehoidon, ravitsemuksen, monialaisen kuntoutuksen sekä suun terveydenhuollon alalta.

Palvelutarpeen selvittämisen jälkeen kunta vastaa siitä, että iäkkäälle henkilölle laaditaan ilman aiheetonta viivytystä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 7 §:ssä tarkoitettu suunnitelma (*palvelusuunnitelma*), jos kyse on pysyvästä palvelutarpeesta. Palvelusuunnitelmassa on määriteltävä iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan arvion perusteella, millainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisuus tarvitaan hänen hyvinvointinsa, terveytensä, toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä hänen hyvän hoitonsa turvaamiseksi.

Palveluille asetetut valtakunnalliset tavoitteet on asetettu koskemaan yli 75 -vuotiaita. Heistä 90,1 % asui omassa kodissaan vuonna 2012. Osuus on pysynyt lähes muuttumattomana koko 2000-luvun. Tavoite vuoteen 2017 mennessä on 91–92 % ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen mukaan (2013, s. 39). Kotona asuvista 11,9 % sai vuonna 2012 säännöllistä kotihoitoa eli valtaosa tulee toimeen itsenäisesti. Palveluiden piiriin siirtymistä myöhentää keskimääräinen eliniän kasvu. Kun 40 vuotta sitten naisten eliniänodote oli 77 vuotta ja miesten 67 oli se vuonna 2013 naisilla 83 ja miehillä 77 vuotta. Tässä tutkimuksessa ikäihmisten palveluihin on otettu mukaan kaikki 65 -vuotta täyttäneet asukkaat.

### 5.2.1 Kotihoito ja tukipalvelut

Sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983) mukaan kotipalveluina järjestetään 1) kodinhoitajan tai kotiavustajan antamaa kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista ja 2) tukipalveluja kuten ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluita.

Kotihoidon käsite on niin tulkinnanvarainen, että kunnat ovat ulkoistaneet osan palveluista ja ikääntyneet saavat eritasoista kotihoitoa eri kunnissa. Maakunnittain kotihoidon kattavuus vaihteli 9,4 ja 14,8 prosentin välillä vuonna 2012, kun keskiarvo on 11,9 %. Viime vuosituhaten lopun palvelurakennemuutoksen tavoitteena oli lisätä kotiin annettavaa hoitoa samalla kun laitoshoidoa vähennetään, mutta ne molemmat hoivamuodot ovat vähentyneet suhteessa 75 vuotta täyttäneisiin. Kotihoidon saajien osuus (11,9 % vuonna 2012) on vähentynyt lähes kolmannekseen, kun vuonna 1990 saajia oli 31,5 % ikäluokasta. Kuntien tekemät kotihoidon myöntämisen rajaamiset ja maksuperustekorotukset vähän palveluja tarvitsevien osalta ja ovat siirtäneet erityisesti maksukykyisiä asiakkaita yksityisten palvelujen piiriin. Osa kunnista myöntää asiakkaille palveluseleitä, jotka voivat olla tulosidonnaisia. Asiakkaat voivat saada myös kotitalousvähennyksiä yksityisiltä hankkimistaan palveluista.

Kunnan järjestämä kotihoito on pääosin säännöllistä kotihoitoa, joka tarkoittaa vähintään viikoittaista käyntiä asiakkaalla. Suomen kunnista yli 80 prosentin osuudelta on kotihoitoon organisatorisesti yhdistetty kotipalvelu ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden antama kotisairaanhoito. Yhdistymistä hankaloittaa terveydenhuollon kuntayhtymät, jotka vastaavat usein vain kotisairaanhoidosta. Kotihoidon yhdistymisestä on aiheutunut tilastollinen ongelma, sillä tilastokeskus kerää tietoja vain kotipalvelun käyntimääristä. Käytännössä suuri osa kunnista ilmoittaa tilastoon myös kotisairaanhoidon käynnit, sillä niitä ei ole pystytty eriyttämään toisistaan saman henkilökunnan hoitaessa kokonaisvaltaisesti asiakkaita. Tämä aiheuttaa luotettavuusongelman myös tämän tutkimuksen kustannusvertailuun. Myös valtioneuvoston tarkastusvirasto on kiinnittänyt huomion siihen, että kotihoidon palvelutasoksi on kunnissa määrittynyt lähinnä perushoito eli lääkehuollon, sairaanhoidon, ravinnon ja hygienian turvaaminen eli paljolti kotisairaanhoidolliset tehtävät, joka tukee tilastoinnin muutostarvetta.

Kotihoidon järjestämistä pyritään tehostamaan esimerkiksi säännöllisen kotihoidon sisältöä rajaamalla. Tällöin myös julkisen kotihoidon piirissä oleva henkilö yleensä tarvitsee erillisiä tukipalveluja, joita kunta järjestää yleisemmin kilpailuttamalla tai asiakas ostaa niitä markkinoilta itse tai pyytää apua omaisiltaan. Kunnat ovat ulkoistaneet palveluita myös palvelusetelin käyttöönoton avulla. Vuosien 2006 – 2012 aikana palvelusetelin käyttäjien määrä on kasvanut 2,4 -kertaisesti ja setelin saajien osuus verrattuna säännöllisen kotihoidon asiakkaisiin nousi lähes 10 prosentilla ollen 14,2 % vuonna 2012. Palvelusetelin myöntämiskriteerit vaihtelevat kunnittain sekä laajuuden että tulosidonnaisuuden osalta.

Kotihoidon vuoden 2012 laskennan mukaan kaikista säännöllisen kotihoidon asiakkaista jatkuvan ympärivuorokautisen hoidon tarve arvioitiin olevan 5,3 prosentilla asiakkaista. Maakunnittain ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevien osuus vaihteli 3,5 prosentin ja 19,2 prosentin välillä. Asiakkaita, joiden luona käytiin yli 2 kertaa päivässä, oli hieman yli neljännes (25,3 %). Säännöllisen kotihoidon asiakkaista 7,6 prosenttia (5 359) oli sellaisia, joiden henkilökunta arvioi selviävän kotona ilman säännöllisiä palveluja.

Kunnat panostavat toimintakyvyn ylläpitämiseen eritasoisesti. Esimerkiksi Kirkkonummella kunnan kotipalvelu on lähtenyt yhdessä asiakkaan kanssa ruokakauppaan toimintakyvyn ylläpidon nimissä. Ymmärrettävästi tällainen palvelu vie paljon työntekijän aikaa eikä tuota tuloja, sillä asiakas on maksanut palvelusta yhtenä käyntinä osana säännöllisen kotihoidon käyntiperusteista kuukausimaksua. Tätä kirjoittaessa toiminta on ulkoistettu työllistymistä edistävälle yhdistykselle, jolloin kotihoidon henkilöstön resurssia vapautuu kasvaviin asiakasmääriin.

Kotihoidon palveluita voidaan tehostaa toiminnanohjausjärjestelmien käyttöönottamisella. Toiminnanohjausjärjestelmiin voidaan liittää asiakkaille asennettava sähköinen ovenlukitus, jolloin voidaan välttyä ylimääräisiltä toimistokäynteiltä ja saada selville todelliset asiakaskäynnin pituudet. Tästä taas seuraa mahdollisuus siirtyä asiakkaille oikeudenmukaisempaan aikaperusteiseen laskutukseen. Asiaksmaksuasetus määrittelee vain katon, joka säännöllisestä kotihoidosta voidaan periä eli 35 % bruttotuloista vähennettynä vuosittain vahvistettavalla summalla, joka perustuu samassa taloudessa olevaan henkilömäärään. Käytännössä ainakin Uudenmaan kunnat ovat typistäneet taulukoidensa käynti- tai aikaperusteisia portaita tavoitteena saada enemmän tuloja myös vähän ja harvemmin pal-

veluita tarvitsevilta asiakkailta. Kattona maksuissa on kuitenkin palvelun omakustannushinta, joka joissain tapauksissa voi tulla sovellettavaksi.

### **Tilapäinen kotihoito**

Tilapäistä kotihoitoa annetaan vain lyhytaikaiseen tarpeeseen esimerkiksi tapaturmasta kuntoutumisen ajaksi. Asiakasmaksuasetuksessa määritellään tilapäisen kotisairaanhoidon käynnin enimmäishinta, mutta ei kotipalvelun enimmäishintaa. Monet kunnat, jotka ovat ottaneet palvelusetelijärjestelmän käyttöönsä, ovat siirtäneet tilapäisen kotihoidon ensisijassa yksityisien palvelutuottajien tehtäviksi. Tilapäisen kotihoidon osuus suhteessa säännölliseen kotihoitoon on yleensä erittäin pieni, eikä se ole vertailun suoritteissa mukana. Mikäli jollain kunnalla sitä tarjotaan suhteellisesti enemmän, nostaa se yksikköhintaa.

### **Tukipalvelut**

Kotihoito ei ole määrällisesti kasvanut vanhusikäluokan suhteessa. Tähän voi olla selityksenä se, että kunnat ovat tiukemmin rajanneet kotipalvelun sisällön. Käytännössä on tukipalveluita kuten esimerkiksi kauppa- ja ateriapalveluita on yleisesti ulkoistettu. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista 64,7 prosenttia sai tukipalveluja, joita on jäljempänä eritelty.

Kauppa- ja ateriapalvelua annetaan henkilöille, jotka eivät yksin kykene lähtemään kauppaan tai eivät pysty laittamaan ruokaa. Palvelut järjestetään, mikäli tarjontaa on olemassa, kilpailuttamalla. Kauppalvelun voi tarjota kauppias tai palveluun erikoistunut yritys tai, mikäli tämä ei ole mahdollista, kunnan kotihoito. Ateriapalvelun voi tuottaa kunta ja vain kuljetus kilpailutetaan tai päinvastoin. Käytännössä usein asiakkaat tekevät sopimuksen palveluntuottajan kanssa kilpailutetuin hinnoin tai kunta tekee sopimuksen ja subventoi vähävaraisten toimitusmaksuja. Kunta voi tarjota ateriapalveluja työpaikkalounaan hinnalla esimerkiksi omissa asumispalveluyksiköissä tai kouluilla. Tukipalveluista yleisin on ateriapalvelut, jota saa kaksi kolmasosa asiakkaista.

Tukipalveluita ovat esimerkiksi turvapalvelut, sillä kunnan tulee huolehtia kotona asuvien turvallisuudesta. Koska tukipalvelut eivät ole lakisääteisiä, järjestävät kunnat niitä hyvin vaihtelevasti. Turvapuhelinpalvelun hankinta käsittää yleensä laitteiston, hälytysten vastaanoton ja auttamiskäynnit. Turvapalvelu voidaan kilpailuttaa kokonaispalveluna tai kunta voi huolehtia itse hälytyskäynneistä. Myös tämän tukipalvelun osalta kuntavoi olla vain jär-



jestäjä ja asiakkaat tekevät sopimuksen palveluntuottajan kanssa. Turvapalveluita sai noin puolet tukipalveluiden asiakkaista vuonna 2012.

Vaatehuolto- ja saunapalvelua kuljetuksineen tarjotaan henkilöille, joilla ei ole kotona pyykinpesu- tai peseytymismahdollisuutta, tai peseytyminen ei omin päin onnistu. Siivouspalvelut on nykyisin yleisesti rajattu kotihoidon ulkopuolelle. Sitä tarjoavat useimmiten yksityisyrittäjät ja kolmas sektori. Kunnat voivat antaa vähävaraisemmille palveluseteleitä siivoukseen.

Väestökeskittymäalueilla on kilpailutettu yksityisiä toimijoita hoitamaan suurinta osaa tukipalveluita. Kuntien kustannuksia ulkoistaminen voi säästää siten, että asiakkaat voivat joutua maksamaan palvelut kokonaan itse. Mahdollisesti vähävaraisempia asiakkaita tuetaan maksamalla osa palvelun hinnasta. Vertailukustannuksissa tukipalvelun kustannukset ilman asiakasmaksutuloa on laskettu kotihoidon hintaan mukaan. Niiden kuntien yksikköhinnat ovat pienemmät, jotka ovat linjanneet tukipalvelut siten, että asiakkaat tekevät palvelusopimukset suoraan palveluntuottajan kanssa. Tällöin kunta ei ole välilaskuttajana ja kustannukset jäävät pois erityisesti bruttokustannusten vertailusta. Toisaalta, jos kunta itse tuottaa tukipalveluita säännöllisenä kotihoitona, näkyvät ne myös suoritteissa ja laskevat yksikköhintoja. Vanhustenhuollon laskutusperusteiden uudistustyöryhmä, johon kuuluu STM:n, VM:n ja Kuntaliiton edustajia, julkaisee tätä koskevan maksulainsäädäntöesityksensä toukokuun 2014 loppuun mennessä. Valmistelusta saadun tiedon mukaan, lakiesitys tulee linjaamaan kotihoidon sisältöä tarkemmin, jolloin tukipalveluista vain ateria-, turva- ja kuljetuspalvelut jäisivät säännöllisen kotihoidon käyntimaksujen ulkopuolelle. Tämä vähentää kokonaisuutena kuntien maksutulokertymää, mutta tasaa järjestämistapojen erojen kustannusvaikutuksia valtakunnallisesti.

### **Muut avopalvelut**

Keskisuurten kuntien vertailun kustannusten jaossa on kohtaan ”muut vanhuspalvelut” kerätty kustannustiedot ei-ympärivuorokautisesta asumispalvelusta, päivätoiminnasta, vanhusten sosiaalipalveluista, kuljetuspalveluista, veteraaniavustuksista ja asuntojen muutostöistä.

THL tekee kolmen vuoden välein kotihoidon tilastokeruun yhteydessä laajemman kuntakyselyn ikääntyneiden palveluista, ja sen mukaan vuonna 2010 vajaa kaksi kolmesta vas-

tanneesta kunnasta järjesti ikääntyneiden hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä. Kotikäyntejä järjestettiin sekä asukasmäärältään isoissa että pienissä kunnissa. Iäkkäille suunnattu neuvontakeskus tai vastaava oli noin 40 prosentilla vastanneista kunnista. Vuonna 2010 sosiaalihuoltolain 40 a §:n mukainen palvelutarpeen arviointi oli tehty kyselyyn vastanneissa kunnissa 10,5 prosentille 75 vuotta täyttäneistä. Heistä noin 70 prosenttia oli saanut lisää tai uusia palveluja. Ilman kunnan aktiivista toimintaa osa palvelua tarvitsevista voisi jäädä järjestelmän ulkopuolelle.

Päivätoimintaa järjestetään, jotta asiakkaat säilyisivät toimintakykyisinä pidempään kotonaan tai omaishoitajat voisivat pitää lakisääteisiä vapaitaan. Päivätoiminnan kustannuksia nostaa kunnan järjestämät erilliset kuljetuspalvelut.

Kuljetuspalvelu eli oikeus taksin käyttöön, on tarkoitettu ikäihmisille, jotka eivät voi käyttää normaalia joukkoliikennettä tai yhteyksiä ei ole. Sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspalveluoikeuden määrä on kunnan omassa harkinnassa. Myös eroja kunnittain voi olla siinä, katsotaanko ikäihmisen kuuluvan vammaispalvelulain piiriin, jolloin oikeus saada asiointimatkoja on vähintään 18 edestakaista matkaa kuukaudessa. Osa kunnista on voinut järjestää kutsutaksilinjoja, joilla voidaan korvata yksilöllisiä matkaoikeuksia. Asiakas maksaa matkoista vastaavan joukkoliikennetaksan mukaisen omavastuuosuuden.

Kuntakohtaiset kustannuserot vaihtelevat tässä tapauksessa vaihtelevat Järvenpään 21 eurosta Rovaniemen 286 euroon 65 –vuotta täyttänyttä kohden. Eroa voi selittää seuraavat seikat: onko päivätoimintaa vai ei, ei-ympäri vuorokautista hoivaa vaativan asumisen muuttaminen yksikön oman henkilökunnan palkkauksesta kotihoidon antamaan palvelun piiriin, kuljetuspalvelujen myöntämiskriteerien poikkeamat ja pitkät maantieteelliset välimatkat. Mikäli Rovaniemi kohdistaisi vanhusasukasta kohden yhtä vähän palveluita kuin Järvenpää, rahaa tarvittaisiin 2,6 milj. euroa vähemmän ja Mikkeli vastavasti 2,3 milj. euroa vähemmän. Vertailukuntien keskiarvoonkin, 129 € / 65 -vuotta täyttänyt, nähden säästö olisi 1,5 milj. euroa.

### **5.2.2 Omaishoidon tuki**

Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11) on nostettu tärkeäksi osa-alueeksi

omaishoidon tuen saajien osuuden kasvattaminen 6 – 7 %:n välille 75 –vuotta täyttäneistä. Vuonna 2012 osuus oli 4,5 %. Omaishoidon tuki ei ole ratkaisu henkilöille, joilla ei ole lähiomaisia. Kunnan ei tarvitse järjestää välttämättä muita palveluita omaishoidettaville kuin päivätoimintaa tai intervallihoitoa omaishoitajien vapaapäivien ajaksi.

Omaishoitolaissa on säädetty kaksi palkkiotasoa, joista toinen on määritelty vähimmäistasoa kaksi kertaa korkeammaksi ”raskaan siirtymävaiheen tueksi”. Omaishoidon tuen myöntämiskriteerit ja tuen tasot eroavat kunnittain. Monissa kunnissa on useita palkkiotasoja, joista ylimmät ovat tarkoitettu saattohoitovaiheeseen, jolloin perustaso ylitetään jopa kolminkertaisesti. Lisäksi osa kunnista ei myönnä tukea lainkaan, ellei omainen jää pois palkkatyöstä. Omaishoidon tuki on keskimäärin vain vajaat 3 % vanhushuollon kokonaiskustannuksista, joten kuntien väliset kustannuserot eivät kokonaisuuden kannalta voi muodostua suuriksi. Vertailukuntien keskimääräinen omaishoidon tuen osuus oli 3,5 % vanhustenhuollon kustannusrakenteesta. Kirkkonummen osuus oli suurin, 4.7 %, joka tarkoittaa noin 400 000 € lisäpanostusta Mikkeliin nähden, joka käytti 78 € eli suhteessa vähiten rahaa 65 –vuotta täyttänyttä kohden. Valtakunnallisista myöntämiskriteerien antamisesta on puhuttu useita vuosia, mutta valtion taloustilanne osaltaan jarruttaa asian etenemistä.

### **5.2.3 Palveluasuminen**

Sosiaalihuoltolain (719/1982) mukaan palveluasumisella tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä ja jota annetaan henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä. Määrittely on aika epämääräinen. Kunnallisten vanhustenhuollon laatusuosituksen valtakunnallisissa tavoitteissa vuoteen 2017 on määritelty, että 75 vuotta täyttäneistä 6- 7 % olisi palveluasumisen piirissä (THL, SOTKANet). Vuonna 2012 palveluasumisen osuus vaihteli kunnissa nollan ja 18,2 %:n välillä. Tutkimuskunnissa vaihteluväli oli 2,2 – 8,8 %.

Asumispalveluihin liittyvien käsitteiden käyttö ei ole yhdenmukaista, vaan puhutaan esimerkiksi palveluasumisesta ja asumispalveluista, ympärivuorokautisesta hoivasta tai dementiahoidosta. Palveluasumista jaotellaan erilaisiin luokkiin asiakkaiden hoitoisuuden ja tarvittavan henkilöstömitoituksen mukaan. Asuminen voidaan jakaa tavalliseen tai tuet-

tuun, vaativaan ja erittäin vaativaan. Tehostetun palveluasumisen käsite on kuitenkin varsin yleinen ja alkaa olla uusimmissa kilpailutuksissa ainoa palvelutuote. Tehostetussa palveluasumisessa henkilökunta on paikalla myös yöllä. Suurten ja keskisuurten kuntien vertailussa tehostetun palveluasumisen henkilöstömitoitus on vähintään 0,395 hoitajaa hoidettavaa kohden ja tämän alittavat ovat tavallista palveluasumista.

Tavallinen palveluasumisen osuus vähenee vuosittain ja on nykyään 0,7 % vanhushuollon kokonaiskustannusosuudesta. Kuntien resurssien vähetessä tavallisen asumisen piirissä on vain aikoinaan hoivapaikan väljemmillä kriteereillä saaneita. Palveluasumisesta tehostettua palveluasumista oli 84 % vuonna 2012 ja sen osuus on lisääntynyt 25,6 % tutkimusvuosien 2009 – 2012 aikana. Tavallisen palveluasumisen määrä vastaavasti väheni 9,6 %. Tutkimuksen kohteena olevissa kunnissa tehostetun palveluasumisen osuus on ollut kaikkina vuosina 3 – 4 % koko maan keskiarvoa suurempi. Tehostetun palveluasumisen osuus oli suurin eli keskimäärin 52,5 % vertailukuntien palvelurakenteesta.

Kunnat hankkivat asumispalveluita yksityisiltä palveluntuottajilta ja säätiöiltä hieman yli puolelle asiakkaistaan vuonna 2012. Osuus on laskenut 1,5 prosentilla vuodesta 2009. Pirttilä ja Taimio (2011, s. 13-36) tutkivat käyttäen RAI-mittaristoa julkisen ja yksityisen palvelutuotannon eroja ja päätyivät tulokseen, ettei systemaattisia laatueroja paljastunut, mutta julkinen tuotanto oli suuremman yksikkökoon johdosta selvästi muita tuotantomuotoja halvempaa. Yksityiset palvelut kilpailutetaan pääsääntöisesti puitejärjestelyillä, joka tarkoittaa useiden tai kaikkien mahdollisten kelpoisuusehdot täyttävien palveluntuottajien valintaa sopimuskumppaneiksi. Puitejärjestelyssä kuntatilaaja ei sitoudu ostamaan eikä palveluntuottaja tarjoamaan tiettyä sidottua paikkamäärää.

Kilpailuttamisen ongelmaa on Sinervo ja Taimio (2011, s. 16) kuvanneet agenttiteorian avulla seuraavasti: ”Ensinnäkin agentit ajavat omia etujaan eivätkä niinkään päämiehen etua. Toiseksi epäsymmetrinen informaatio suo valtaa agentille, joilla on ikään kuin luonnostaan aina päämiestä parempi tieto omasta toiminnastaan, eikä päämiehen ole helppo tarkistaa, toimiiko agentti halutulla tai sovitulla tavalla. Pohjimmiltaan ongelman ratkaisussa kysymys on siitä, millainen informaatio eri osapuolilla on ja miten päämies voi käyttää erilaisia kannustimia saadakseen agentin toimimaan halutulla tavalla.” Yksityisten palveluntuottajien kannustimet hyvään laatuun eivät ole yhtä suuret kuin julkissektorilla. Myös laadun valvonta oman organisaation ulkopuolisten yksiköiden osalta on hankalaa. Laadun

varmistamista erilaisten bonuspalkkioiden avulla ollaan ottamassa käyttöön. Esimerkiksi vanhusten asumispalveluissa voidaan valita vuoden palvelutuottaja asiakaskyselyjen perusteella tai palkita rahallisesti todennetusta lisälaadusta. Kähkönen ja Volk (2008) ovat tutkineet muun muassa kilpailuttamisen vaikutuksia asumispalvelun hintaan.

Ostopalvelut tuovat joustavuutta muuttuviin tilanteisiin, kun tyhjenneistä paikoista ei tarvitse maksaa. Kunnan omaa tuotantoa kuitenkin tarvitaan oikean kustannustason selvittämiseksi. Nykyinen oman tuotannon ja ostopalvelun 50/50 -suhde voi olla ideaali. Jäljempänä on kuvattu henkilöstömitoituksen määrää eri hoitomuodoissa. Riittävä henkilöstö on laadun edellytys ei tae. Jäljempänä tarkemmin kuvatussa Valviran erillisselvityksessä kuntien omissa yksiköissä oli kaksi kertaa enemmän huomautettavaa kuin ostopalveluyksiköissä. Syynä tulokseen on todennäköisesti kilpailutuksissa tarkoin määritellyt palvelun laatu- ja mitoitustapa. Vaatimusten noudattamisen valvonta on ongelma, johon sote-uudistuksella on mahdollisuus tuoda ratkaisu keskitetyn valvontaorganisaation kautta.

## **5.3 Laitoshoido**

Laitoshoidon kuuluu terveydenhuollon puolella terveystieteiden sairaaloiden pitkäaikaishoidon ja sosiaalitoimen puolella vanhainkodit. Kunnissa on organisatorisesti voitu yhdistää nämä saman johdon alle elinkaariajatteluun perustuen. Näin on tehty esimerkiksi Järvenpäässä ja Kirkkonummella. Ikäihmisten laitoshoidon on eräänlaista täysihoidon. Huoneen kalusteet sekä kaikki palvelut aterioineen ja lääkkeitään kuuluvat asiakkaan tulojen mukaan määräytyvään laitoshoidon kuukausimaksuun. Asiakkaalta voidaan periä maksuna 85 % nettotuloista, siten että käyttövaraa jää vähintään 99 euroa kuukaudessa. Mikäli laitoshoidon joutuu suurempituloinen perheenjäsen, niin kotitalouden yhteenlasketuista tuloista peritään 42,5 %. Kansaneläkelaitoksen tukia ei asukas itse voi saada, mutta laitoshoidon kustannukset otetaan kotona asuvan puolison tuessa huomioon.

Palvelurakennesuositusten mukaan pitkäaikaishoitopaikkoja tulisi valtakunnallisesti karsia 20 000 – 25 000 eli noin kolmannes ja osittain korvata niitä kuntoutussairaaloilla (Kinnula et al, s. 99).

### **5.3.1 Vanhainkotihoito**

Perinteisesti kunnissa on ollut vaivaistaloja ja sittemmin vanhainkoteja, mutta 1990-luvulta lähtien vanhainkoteja on muutettu palveluasunnoiksi tai lakkautettu. Syy, miksi kunnat ovat siirtyneet vanhainkotihoitosta palveluasumiseen, on mahdollisuus siirtää asiakkaiden maksettaviksi lääke- ja hoitotarvikekustannuksia. Suuri merkitys on sillä, että asukas on oikeutettu hakemaan ja tietyissä tapauksissa saamaan asumistukea Kansaneläkelaitoksesta. Asiakasmaksulaskelmissa asumistuki otetaan huomioon, jolloin nämä pienituloisimmat voivat maksaa suuremman osuuden ateria- ja hoivamaksusta. Asiakasmaksut eivät käytännössä lisääny, mikäli asukkaille on päätetty jättää suurempi henkilökohtainen osuus tuloistaan käyttöönsä eli niin sanottu käyttövara.

### 5.3.2 Terveyskeskusten vuodeosastoahoito

Henkilöstökustannukset ovat 70 – 80 % asumispalveluiden ja laitoshoidon kokonaismenoista. Henkilöstömenot siis yleensä selittävät eroja yksikköhinnoissa. Henkilöstömitoitukset jäivät pois vanhuspäivähoitoa, mutta mitoituksesta on annettu suositus (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi), jossa tehostetussa asumispalvelussa ja vanhainkotihoitossa tulee olla 0,5 ja vuodeosastojen pitkäaikaishoidossa 0,6 – 0,7 hoitotyöntekijää asiakasta kohden. Jäljempänä olevassa taulukossa 2 on kuvattu henkilöstömitoituksen kehitystä toimintayksiköissä, jotka osallistuvat THL:n vertailukehittämistoimintaan. Erityisesti palveluasumisen mitoitustaso on noussut ja vanhainkotien määrä on laskenut. Vertailuyhteistyö tasannee mitoituseroja.

	Henkilöstömitoitustaso			Yksiköiden määrä 2009-2011
	2009	2010	2011	
Tehostettu palveluasuminen	0,57	0,64	0,65	105 / 146 / 141
Vanhainkodit	0,64	0,67	0,65	183 / 173 / 155
Terveyskeskus, pitkäaikaishoidot	0,67	0,68	0,70	86 / 60 / 89

**Taulukko 2. Henkilöstömitoitukset tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidoissa vuosina 2009–2011 (RAI -tietokanta (THL) 2013).**

Valviran tekemän erillisselvityksen mukaan julkisen sektorin yksiköistä 16 prosenttia ja yksityisen sektorin yksiköistä 8 prosenttia jäi henkilöstömitoituksessa suosituksen alarajan 0,50 alapuolelle vuonna 2010. Terveyskeskusten vuodeosastoilla alle vähimmäismitoitustason (0,60) jäi 22 prosenttia (n= 112) vuodeosastoista. Ikääntyneiden asiakkaiden arvioituun palvelutarpeeseen perustuvan henkilöstömitoituksen määrittämisperusteiden kehittä-

tämistyö käynnistyy Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen, Valviran, Suomen Kuntaliiton, STM:n ja sidosryhmien yhteistyönä.

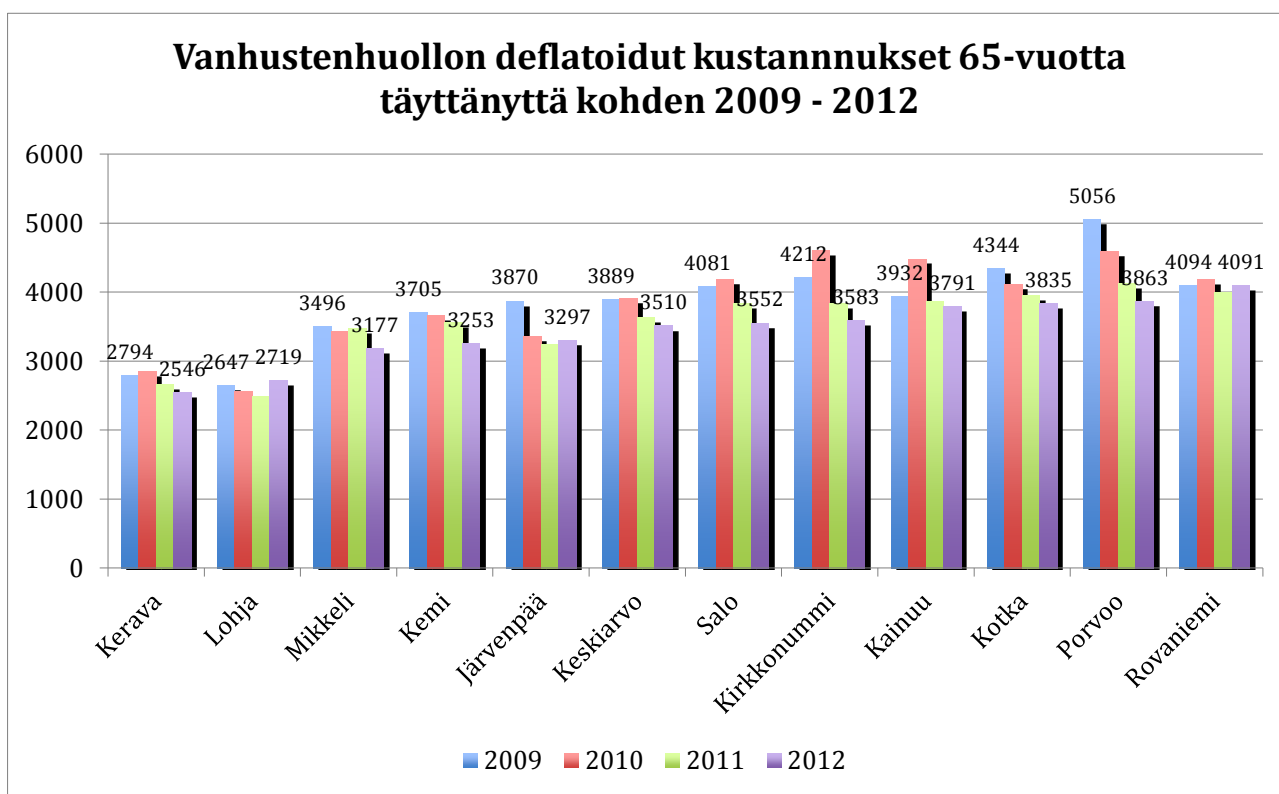
Pelkän henkilöstömitoituksen vertaaminen ilman asiakkaiden hoivatarpeen huomioon ottamista ei tuo esille todellisia kustannuseroja. Vuonna 2012 vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen yhteenlaskettu keskimääräinen hoidon tarve oli 4,6 asteikolla nollasta viiteen. Vuonna 2009 hoidon tarve oli keskimäärin 4,4 ja se on ollut valtakunnallisesti kasvussa.

## 6. KUSTANNUS- JA TEHOKKUUSVERTAILU TUTKIMUS-KUNNISSA

### 6.1 Vanhustenhuollon bruttomääräiset vakioimattomat ja ikävakioidut kokonaiskustannukset

Kuntaliitto on jo vuodesta 1996 alkaen organisoinut suurimpien kaupunkien ja vuodesta 2001 keskisuurten kuntien koko maan keskiarvoon ikävakioitujen sosiaali- ja terveystoimen bruttokustannusten vertailututkimusta. Kuntien osallistuminen on vapaaehtoista ja kustannusten keruuperiaatteet yhdessä sovittuja, joten kustannustietojen

vertailukelpoisuus on luotettavaa. Kustannuksista ei ole vähennetty maksutuloja, mutta muut kuten myyntitulot on voitu vähentää. Asumispalveluiden ostoissa ei ole otettu huomioon asumiskustannuksia eli vuokria.

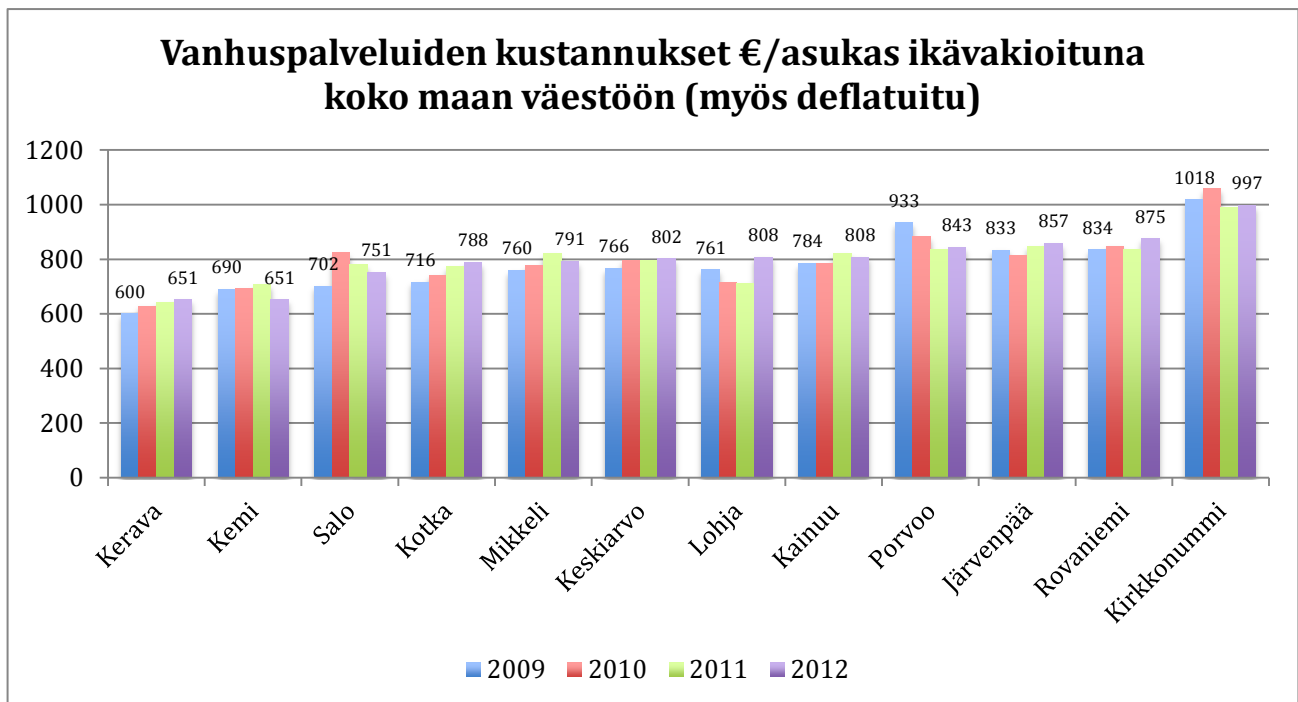


**Kuvio 2. Vertailukuntien deflatoidut vanhustenhuollon palveluiden ikävakioitu kustannuskehitys vuosina 2009 - 2012.**

Pelkkien asukaskohtaisen tai ikävakioitujen kustannusten vertaaminen herättää ainoastaan kysymyksen: miksi palvelutuotantomme on halpaa tai kallista suhteessa vertailtaviin. Myöskään tiettyjen toimintojen kokonaiskustannusten ja suoritemäärien taloudellisuus ja



tehokkuusvertailu ei anna luotettavaa tietoa, jos asiakkaiden hoivan tarve ja annetun asiakas-kohtaisen hoivan määrä vaihtelee. Tutkimuksessa on käytetty hoitoisuuskertoimia saatavilla olevaa aineistoa soveltaen.



**Kuvio 3. Kuntien edullisuusjärjestys muuttuu ikävakioitaessa (mukana samat toiminnot kuin kuviossa 2)**

Vakioimaton kustannuskehitys on kunnissa ollut laskussa keskimäärin 9,8 % tarkastelu-ajanjaksona. Lähes kaikki kunnat ja Kainuun maakunta ovat pystyneet laskemaan deflatoituja kokonaiskustannuksiaan. Lohjan kaupungin 2,7 prosentin kustannuskasvu on ainoa poikkeus. Eniten kustannuksiaan ovat pystyneet vähentämään Porvoo lähes 24 %, seuraavina Järvenpää ja Kirkkonummi lähes 15 %. Ikävakioituna kustannuskehitys on vertailukunnilla lievässä nousussa paitsi Kemissä, Porvoossa ja Kirkkonummella.

Kuten tutkimusvirikkeen kohdalla totesin, että sekä Järvenpäälle että Kirkkonummelle tuli yllätyksenä ikävakioitujen kustannusten suuruus erityisesti vanhustenhuollossa (Kuvio 3). Järvenpäässä aloitettiin vertailutulosten selvittyä aktiiviset toimenpiteet, joita olivat asumispalveluiden sekä kotihoidon piiriin pääsyn kriteerien tiukentaminen ja vuodeosastohoitajaksojen lyhentäminen. Kirkkonummen liittyessä vuonna 2009 suunnitelmat toiminnan tehostamiseksi aloitettiin myös heti, mutta tulokset alkoivat näkyä vasta vuonna 2011. Myös Kirkkonummella kiinnitettiin huomio hoitajaksojen pituuteen ja kiristettiin asumispalvelukriteereitä. Henkilöstön määrää kotihoidossa eikä hoivapalveluissa vähennetty, joten

yksikköhintakehitys ei ollut erityisen hyvä. Järvenpään suotuisa kustannuskehitys päättyi vuonna -6,1 %:n ja Kirkkonummen +2,1 %:n eroon keskiarvoon verrattuna (kuvio 2)

Kerava pystyi säilyttämään ykköspaikkansa myös ikävakioituna, mutta Kemin korkea vakiointikerroin parantaa sijoitusta ja se nousee Keravan rinnalle. Mikäli käytettäisiin myös tarvevakiointia (ks. Taulukko 1) Kirkkonummen, Järvenpään, Keravan ja Porvoon sijoitus kustannusvertailussa putoisi vielä enemmän. Kainuun ikävakioitu sijoitus on keskiarvon tuntumassa, mutta tarvevakiointi parantaisi edelleen sijoitusta.

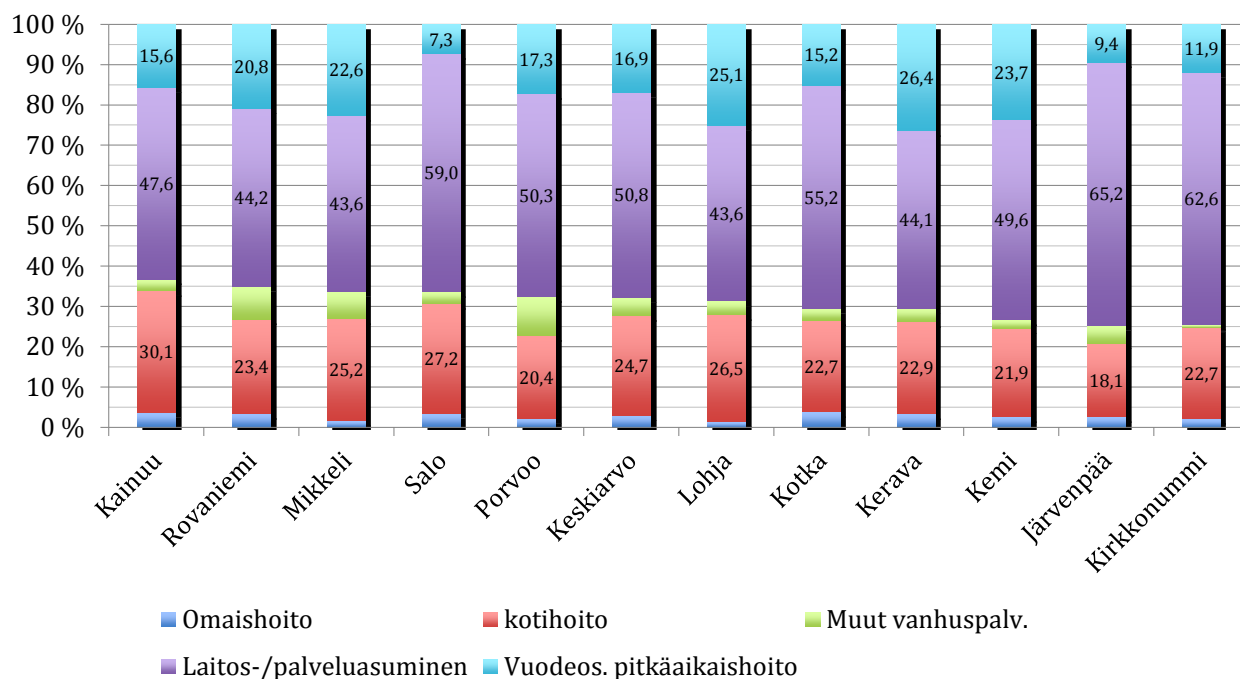
Lohja ja Kerava ovat järjestäneet kaikkina tarkasteluvuosina 22,5 - 34,6 % keskiarvoa edullisemmin vanhustenhuollon palvelut. Suurin, 16,6 prosentin, ylitys keskiarvoon nähden oli Rovaniemellä, jonka kustannuskehitys on pysynyt samalla tasolla koko tarkastelujakson. Seuraavaksi suurin ylitys on Porvoolla, 10,1 %, joka on kuitenkin pystynyt kaventamaan vuonna 2009 ollutta 30 %:n eroa muihin nähden.

## **6.2. Vertailukuntien vanhustenhuollon palvelurakenne**

Palveluiden rakenteesta voi etsiä selitystä eroille ja kehitykselle. Seuraavissa kuvioissa 4 ja 5 on kuvattu rakennetta vuonna 2009 ja 2012. Kunnat ovat järjestyksessä kodin ulkopuolisen hoivan osuuden mukaisesti, jotka ovat kalleimmat hoitomuodot. Kuntakohtaiset erot palvelurakenteessa ovat suuria. Kodin ulkopuolisen hoivan osuus laski vertailuvuosi-  
en aikana -2,6 %. Mikkeli pudotti osuuttaan eniten (-10,1 %) ja vähennys painottui vuodeosastohoitoon. Kerava lisäsi osuuttaan 5,5 prosentilla. Kotiin annettujen palveluiden osuus nousi siis vastaavasti, josta kotihoidon osuus 1,8 %.

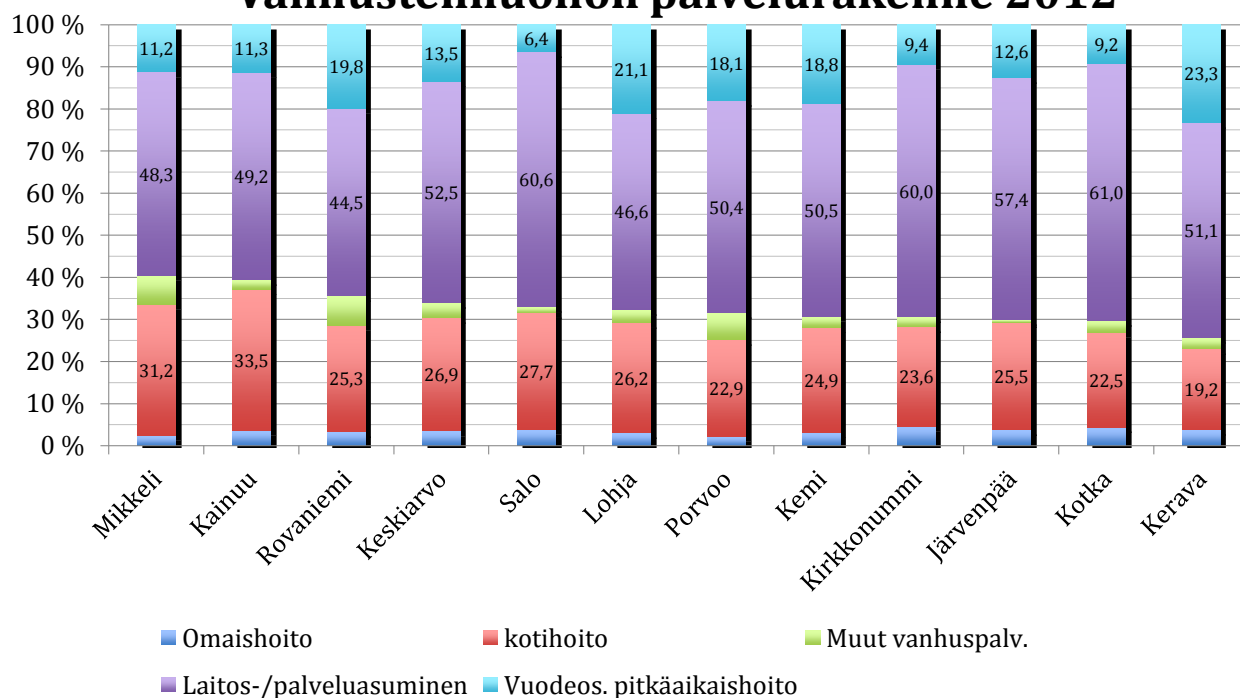
Kuvitelmien vastaisesti kevyeen hoivaan painottunut palvelurakenne ja asukaskohtainen kustannusten edullisuus eivät korreloi. Kustannuksiltaan vuonna 2012 halvimman Keravan kotihoidon osuus vertailujoukon pienin.

## Vanhusten palveluiden rakenne 2009



**Kuvio 4. Keskisuurten kuntien vertailussa kustannukset on jaoteltu terveyskeskus-sairaalahoitoon, asumispalveluihin sisältäen vanhainkotihoidon, kotihoitoon, omaishoitoon ja muihin vanhuspalveluihin kuten päivätoimintaan sekä veteraani- ja kuljetuspalveluihin.**

## Vanhustenhuollon palvelurakenne 2012

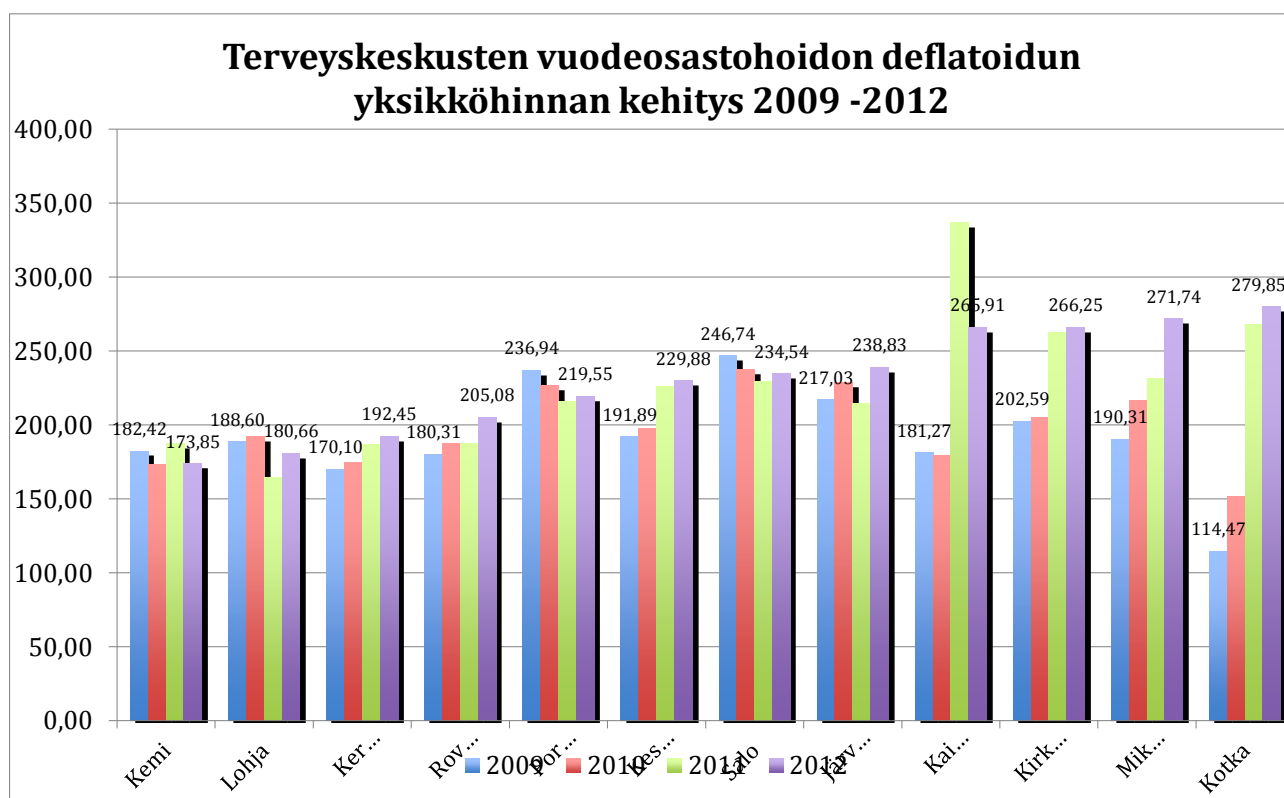


**Kuvio 5. Vanhustenhuollon palvelurakenne 2012.**

Lähempään tarkasteluun otin vuodeosastohoidon, asumispalvelut ja vanhainkotihoitoon sekä kotihoitoon, jotka kattavat vanhuspalveluiden kustannusrakenteesta vähintään 90 %. Lopusta 10 prosentista ei suoritettietoa, jota olisi voinut verrata, ollut saatavilla.

### 6.3. Vuodeosastojen lyhyt- ja pitkäaikaishoito

Pääsääntöisesti kallein hoitomuoto on terveyskeskuksen laitoshoido. Laitoshoidon osuus Salon palvelurakenteesta oli vuonna 2009 pienin eli 7,3 % ja Keravan suurin eli 26,4 %. Vuodesta 2009 vuoteen 2012 sairaalahoidon osuus palvelurakenteesta oli pudonnut keskimäärin 3,4 %-yksiköllä. Edelleen vuonna 2012 Salon osuus oli pienin eli 6,3 % ja Keravan suurin 23,3 prosentilla. Poikkeuksellisen paljon kasvoi Järvenpään osuus eli 34,1 % kun taas Mikkeli ja Kotka vähensivät osuuttaan 40 - 50 %.



**Kuvio 6. Vuodeosastohoidon yksikköhinnan kehitys vuosina 2009 – 2012.**

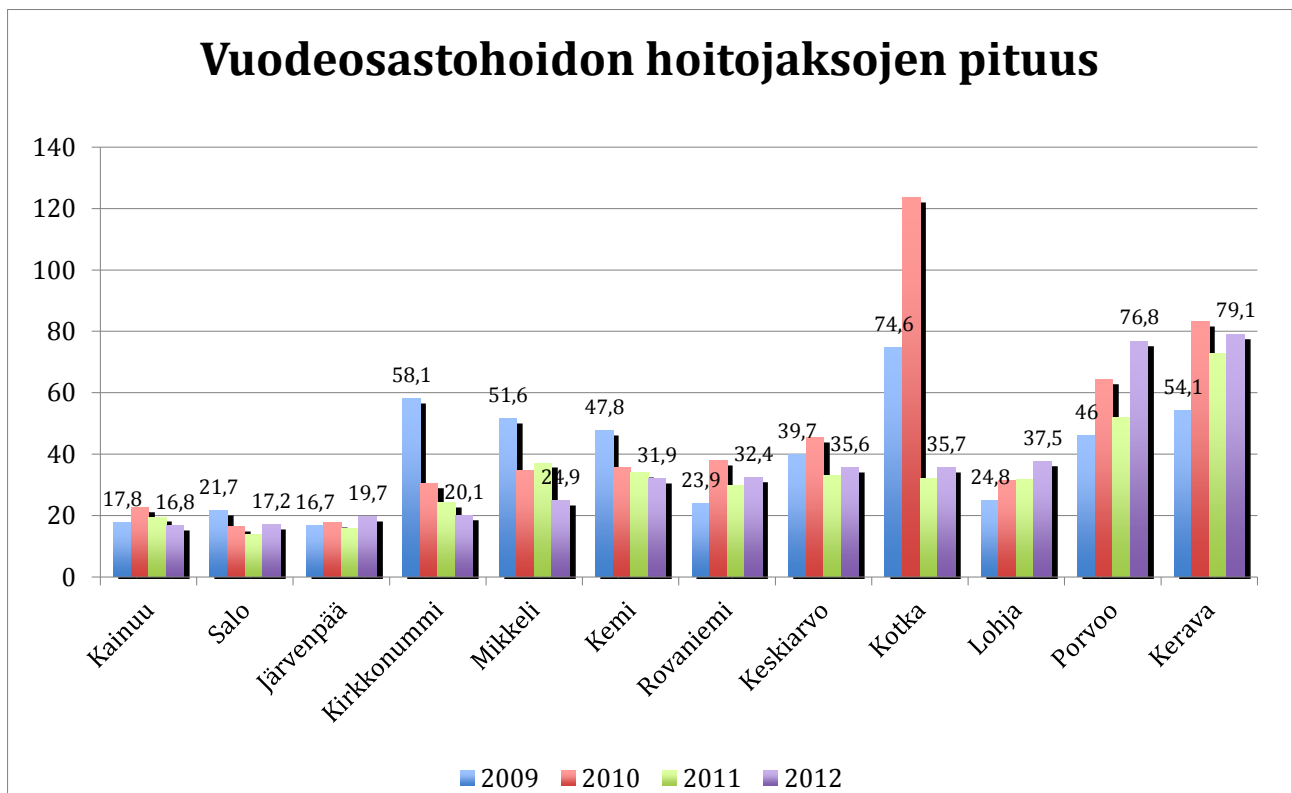
Tarkastelin hoitojaksojen pituuden kehitystä vastaavana aikana (kuvio 7). Pitkäaikaishoito on edullisempaa järjestää kuin akuutti- ja kuntoutushoito, jolloin vaihtuvuus on nopeaa. Pitkäaikaishoitoon painottuneessa hoidossa todennäköisesti palkataan vähemmän fysioterapeutteja sekä sairaanhoitajia ja henkilöstöä hoidettavia kohden on todennäköisemmin

vähemmän. Keskimääräinen hoitojakson pituus vaihteli 35 ja 45 päivän välillä vuosina 2009 - 2012 ja laski keskimäärin noin kymmenen prosenttia tarkastelujaksolla.

Kirkkonummella, jossa hoitopäivät vähenivät pitkäaikaishoidossa 16,5 % ja jakson pituus lyheni noin 67 %, muutettiin osastojen toimintaperiaate lyhytaikaiseen akuutti- ja kuntoutushoitoon tarkoitetuiksi. Järvenpää puolitti hoitojaksojensa pituuden jo vuonna 2009 osana kustannusten säästämiseen liittyvää toimenpideohjelmaa.

Keskimääräinen hoitopäivien määrä laski tarkastelujakson aikana jopa 21 %. Eniten hoitopäiviään vähensivät Kotka 53,5 %, Mikkeli 39,2 % ja Kainuu 36 %. Näyttää siltä, että pitkäaikaishoitoa on kokonaan suljettu Kotkassa ja Mikkelissä, joiden hoitojakson pituudet lyhenivät noin 52 %. Toisaalta Porvoon hoitojaksot olivat vuonna 2012 pisimmät eli 77 päivää ja ne kasvoivat 67 %. Porvoon hoitopäivien määrä pysyi lähes samana.

Salo ja Lohja olivat ainoat joiden hoitopäivien määrä nousi. Salossa määrän kasvu oli 6,5 % ja samalla hoitojakson pituus lyheni 20,7 % ollen vain 17,2 päivää vuonna 2012. Lohjan hoitojakson pituus oli lähellä keskiarvoa pideten tarkastelujaksolla 51,2 % hoitopäivien määrän lisääntyessä samalla 3,0 %.



Kuvio 7. Vuodeosastohoidon hoitojaksojen pituus.

## Yksikköhinnat vuodeosastohoidossa

Tampereen kaupungilla on käytössä tilaaja-tuottajamalli, jota käytetään myös kaupungin omien yksiköiden palveluhankinnoissa. Asiakasryhmittelyyn perustuva laitoshuollon tuoteistamishankkeen tavoitteena oli tehdä palvelujen vaikuttavuuteen perustuva tuotteistus, jota voidaan käyttää Tampereen kaupungin tilaajan ja tuottajan välisissä palvelusopimuksissa ja sopimusneuvotteluissa. Tampere on osallistunut Kuntaliiton 20 suurimman kaupungin tuotteistamishankkeeseen. Taulukossa 2 on kuvattu tuotteistamishankkeen tuloksena syntyneitä painokertoimia ja niistä laskettuja tuotehintoja, jotka perustuvat asiakkaiden erilaisiin hoidon ja hoivan tarpeisiin ja niihin käytettävän välittömän hoitotyön määrän eroihin.

Hinnat euroa / hoitopäivä	Tuotteen Kustannuspaino (CMI)		RUG vakioitu hoitopäivän kustannus		Kiinteä hoitopäivän kustannus		Hoitopäivän kustannus
Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä arkiapu	0,608 (0,691)	x	119,18 (95,04)	+	75,32 (79,25)	->	147,79 (144,93)
Mielenterveys- ja päihdehoito	0,712 (0,732)	x	-"-	+	-"-	->	160,18 (148,82)
Muistisairaanhoito	0,794 (0,848)	x	-"-	+	-"-	->	169,95 (159,85)
Vaativa perushoito	1,096 (1,091)	x	-"-	+	-"-	->	205,95 (182,95)
Sairaanhoito	1,09 (1,108)	x	-"-	+	-"-	->	205,23 (184,56)
Aktiivinen kuntoutus	1,143 (1,237)	x	-"-	+	-"-	->	211,55 (196,82)

### Taulukko 2. Sairaalahoidon (vanhainkotihoito suluissa) RUG vakioitu hintataulukko Tampereen kaupungissa (Lähde: THL Raportti 6/2013, s. 40)

Sekä vanhainkoti- että sairaalahoidolle laadittiin oma hintataulukko samoilla tuotemäärittäyksillä. Vanhainkotihoitossa halvimman ja kalleimman tuotteen ero oli 52 euroa ja sairaalahoidossa 64 euroa. Kustannuspainot vaihtelivat sekä sairaalahoidossa että vanhainkotihoitossa lähes saman verran. Kiinteä hoitovuorokauden kustannus laskettiin jakamalla muut kustannukset (muut kuin välittömät henkilöstömenot) hoitovuorokausien määrällä. Muita kustannuksia ovat välilliset henkilöstökustannukset, palvelujen ostot, aineet, tarvikkeet ja tavarat, vuokrat, pääomakustannukset ja vyörytykset kuten laitoshoidon hallinto, sairaalahoidon hallinto sekä tukipalvelut.

Sovelsin vertailukuntien hoitopäivähintoihin Tampereen kertoimia ja kerroin lyhytaikaishoidon osuuden aktiivisen kuntoutuksen kertoimella 1,143 ja pitkäaikaishoidon toimintakykyä edistävällä ja ylläpitävällä arkiavun kertoimella 0,608 (Kuvio 8). Muutin vuoden 2012 hoitopäivähinnat hoidon pituudella korjatuiksi siten, että kerroin sekä kiinteän Tampereen tuotteistuksessaan laskeman osuuden että hoidon pituuden lisäkertoimella 1,39. Näin sain saman keskimääräisen hoitopäivähinnan kuin ilman kertoimia, jossa kiinteän kustannusten osuus oli 104,70 euroa eli 54,6 % kokonaishinnasta. Tämä vastaa likimain Tampereen pitkäaikaishoidon kiinteän hinnan osuutta kokonaishinnasta.

Aiemmat vuodet laskin kuntakohtaisen hoidon pituuden muutoskertoimilla ja lisäsin kaikkiin kokonaishinnannousua vastaavan kertoimen. Kertoimettomat deflatoidut hoitopäivähinnat nousivat tarkastelujaksona keskimäärin 19,8 %. Tarkastelujakson keskimääräiset kustannukset nousivat myös kertoimia käyttäen kaikkina vuosina paitsi vuonna 2012. Lyhytaikaishoidon osuus nousi neljän vuoden ajanjaksolla, jonka laskin alentavan tuottavuuden laskun 6,9 prosenttiin. Lisäksi tuottavuuteen on voinut vaikuttaa myös asiakkaiden hoitoisuuden muutos, josta tietoa ei ollut käytettävissä. Hoitojakson pituuksien ja lyhyt- ja pitkäaikaishoidon osuuksien muutos korreloivat selvästi. Taulukoita 6 ja 8 vertaamalla voidaan huomata, että Kainuun ja Kotkan suuret vuosivaihtelut hoitopäivän hinnoissa tasaantuivat kertoimilla.

Ellei hoidon pituuskertoimia käytetä, halvimman ja kalleimman hoitopäivän ero oli neljänä vuonna keskimäärin 118,50 euroa eli 1,76-kertainen ja kertoimilla 1,48-kertainen eli noin 79 euroa. Tämä tarkoittaa sitä, että tehostamisvaraa on olemassa myös kertoimia käyttämällä. Kuntien sijoitus tehokkuusrintamalla muuttui olennaisesti. Täysin luotettavaa vertailua on mahdoton tehdä, kun yhtenäistä tuotteistusta ei ole tehty. Mihin säästömahdollisuus kohdistuu, hoitohenkilöstön mitoittamiseen vai kiinteisiin kustannuksiin, ei myöskään voida saada vastausta ilman jatkoanalyysia.

Vuodeosastohoidon yksikköhintojen muutokset käsittävät myös alle 65 -vuotiaiden hoitopäivät ja kustannukset, eivätkä siis yksiselitteisesti kuvaa juuri vanhustenhuoltoon kohdistunutta kustannuskehitystä. Kuitenkin tuon esille poikkeamat ikäihmisten osuudessa kokonaishoitopäivien määrässä ja pitkäaikaishoidon osuudessa.

Eniten eli 144 % nousi Kotkan yksikköhinta, jonka hoitopäivien määrä putosi jakson aikana huomattavasti eli rakenteessa tapahtui suuria muutoksia. Kotka oli vuonna 2009 yksikköhinnaltaan halvin ja vuonna 2012 kallein vertailukunnista ollen jopa 21,7 % keskiarvoa kalliimpi ja 1,6 kertaa halvinta Kemiä kalliimpi. Kotkan hoitojakson pituus oli keskiarvossa, joten se ei selitä kalleutta.

Kun hintoja vertaillaan lyhyt- ja pitkäaikaiskertoimilla, Kotkan yksikköhinnan kasvu vertailujakson aikana oli enää 18,9 %. Tällöin se on kallein vuonna 2011, mutta ei enää halvin minään tarkasteluvuonna. Vertasin myös vuodeosastohoidon ikäjakaumaa. Kotkassa oli vuonna 2009 vuodeosastohoidossa vertailujoukosta vähiten eli vain 4,5 % alle 65-vuotiaita kun keskiarvo oli 11,5 %. Vuonna 2012 alle 65-vuotiaiden osuus oli noussut 9,2 prosenttiin, joten halvempien pitkäaikaipaikkojen määrää on karsittu. Todennäköisesti Kotka ei ole hoitopaikkojaan vähentäessään supistanut vastaavassa määrin henkilöstön määrää vielä vuonna 2011. Vuonna 2012 yksikköhinta oli hoitojakson pituus huomioon ottaen vain pari prosenttia yli keskiarvon.

Mikkelin, Kainuun ja Kirkkonummen yksikköhintojen kasvu oli korkeinta vaihdellen 31 - 47 prosentin välillä. Kirkkonummen hoitojakson pituus lyheni 65,9 % ja yksikköhinta nousi 31,4 %. Hoitojakson pituuteen suhteutettu yksikköhinnan kasvu jäi kuitenkin alle keskiarvon eli 5,6 prosenttiin, sillä lyhytaikaishoidon osuus kasvoi vertailuvuosina, erityisesti vuonna 2011. Kirkkonummella oli kaikkein kallein hoitopäivän hinta vuonna 2012, mutta suhteutettuna lyhytaikaishoidon suuri osuus laskee hinnan noin 4 prosenttia alle keskiarvon. Kirkkonummella oli vuonna 2009 vuodeosastohoidossa vertailujoukosta eniten alle 65-vuotiaita eli 19,5 % ja vuonna 2012 edelleen eniten eli 15,7 %. Suuren osuuden mahdollistaa kuntoutuspainotteinen hoito, joka yleensä vaatii enemmän resursseja.

Kainuun maakunnan deflatoitu yksikköhinta nousi 46,7 % ja hoitojakson pituus lyheni 5,6 prosenttia ollen 16,8 päivää vuonna 2012 eli se oli kaikkein lyhyin. Lyhytaikaishoidon osuuden kasvu huomioon otettuna yksikkökustannusten kasvu putosi 13,3 prosenttiin. Eriytisesti yksikkökustannuksiltaan huippukallis vuosi 2011 (337 €/htp) laskettuna hoidon pituuskertoimilla putoaa pari prosenttia alle keskiarvon.

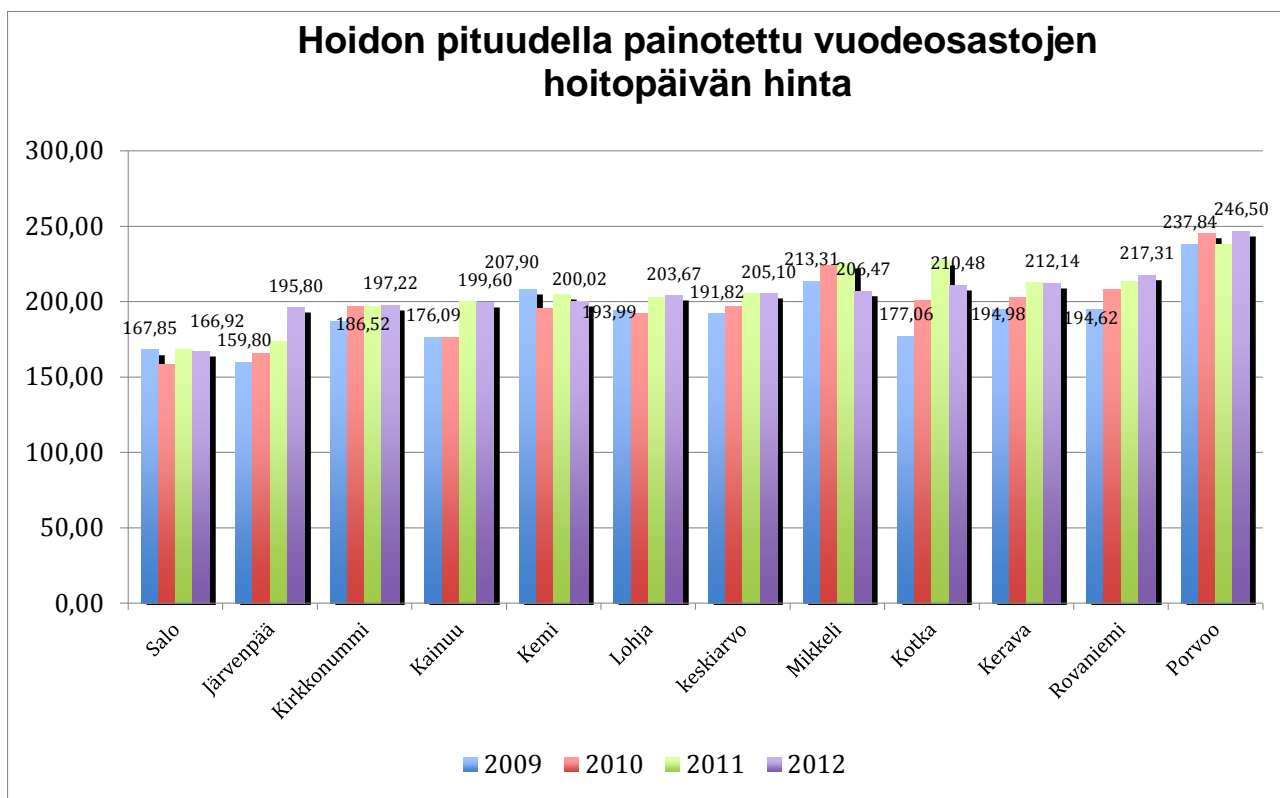
Mikkelin deflatoitu yksikköhinta nousi 42,8 % ja muutosta selittää paikkojen määrän vähentäminen ja hoitojaksojen pituuden puolittuminen eli hoidon vaativuuden lisääntyminen.



Mikkelissä alle 65 -vuotiaiden määrä pysyi vertailuvuosina alle keskiarvon eli noin kahdeksan prosentin tietämissä. Yksikköhinta hoidon pituuden muutos huomioon ottaen laski toiseksi eniten Kemin jälkeen eli 3,2 %. Mikkelin toiseksi kallein kertoimeton hinta (272 €/hpt) vuonna 2012 on hoidon pituus huomioon otettuna lähellä keskiarvoa.

Erityisen pitkät hoitajaksot olivat kaikkina vuosina Keravalla (54 - 74 päivää), joka selittää vuonna 2009 edullisimman ja vuonna 2012 kolmanneksi edullisimman yksikköhinnan. Hoidon pituuskertoimilla yksikköhinta oli kuitenkin muutaman prosentin yli keskiarvon kaikkina vuosina. Yksikköhinta nousi kertoimilla enemmän kuin keskiarvo eli 8,8 %. Keravan koko maan väestöön ikävakioidut asukaskohtaiset kustannukset olivat vuodeosastohoidossa samansuuruiset sekä vuonna 2009 että 2012. Vertailukunnilla kustannukset vastaavasti laskivat 10,8 %. Keravan yksikköhinta ylitti keskiarvohinnan 3,8 prosentilla vain vuonna 2012. Keravalla oli hoidossa vertailuvuosina yli 15 % alle 65-vuotiaita, joka ei tässä tapauksessa selitä kustannusten muutosta, mutta osuus oli poikkeuksellisen suuri noin 11 prosentin keskiarvoon nähden.

Kaikista halvimmaksi kunnaksi vuosina 2010 – 2012 osoittautui Salo, kun lyhyt- ja pitkäaikaishoidon osuus otetaan huomioon. Se pudotti yksikkökustannuksiaan eniten eli 4,9 % ilman hoidon pituuskertoimia, mutta myös 0,6 % kertoimillakin. Salolla oli muihin nähden yli 70 % eli eniten lyhytaikaishoitoa kaikkina vuosina, joka selittää kuinka vuonna 2009 ja 2010 kallein hinta olikin kertoimilla halvin vuonna 2010 ja toiseksi halvin vuonna 2009. Vuonna 2009 lyhyin hoitajakson pituus ja halvin yksikköhinta oli Järvenpäällä, kun hoidon pituus otetaan huomioon. Hoitajakson pituus ja pitkäaikaishoidon pituus kasvoivat vuoteen 2012, joten kertoimella laskettu yksikköhinta kasvoi 22,5 %. Järvenpään kertoimeton deflatoitu yksikköhinta kasvoi 10 %. Myös Lohjalla kertoimettoman yksikköhinnan muutos oli suurempi poiketen muusta vertailujoukosta.



**Kuvio 8. Tuotteistuskertoimilla (0,608 pitkäaikaishoito ja 1,143 lyhytaikaishoito) korjatut hoitopäivähinnat vuodeosastohoidossa**

Tehokkuutta on vaikea nostaa jo käytössä olevien yksiköiden paikkoja lisäämällä muuta kuin käytäväpaikkojen käyttöönoton avulla. Henkilöstömitoituksen pienentäminen ei välttämättä ole helppoa ellei ole käytettävissä luotettavaa vertailutietoa hyväksi. Tutkimuksessa vuodeosastohoidon jakaminen lyhyt- ja pitkäaikaishoitoon on hyvin karkea menetelmä erottaa kaksi eri tuotetta, mutta vertailtavuuden kannalta oikeansuuntainen tapa mitata tuottavuutta ja sen kehitystä. Lyhytaikaishoidon mittaamisen ongelma on asiakkaiden toimintakyvyn nopea muutos, jolloin mittauksia tulisi tehdä usein tai mitata vain hoitojakson pituutta ja sen muutosta. Vaikuttavuuden kannalta hoitojakson tulisi päättyä niin, että asiakas kuntoutuu omatoimisena takaisin kotiin. Pitkäaikaishoidon vaikuttavuutta taas tulee mitata taloudellisuuden ohella asiakkaiden toimintakyvyn muutoksilla ja laatutekijöillä kuten painehaavojen esiintymistiheydellä.

## 6.4 Vanhainkotihoito ja tehostettu asumispalvelu

Toiseksi kalleimman hoivamuodon, tehostetun asumispalvelun ja vanhainkotihoito-osuudet vaihtelivat Mikkelin 43,6 prosentista Järvenpään 62,6 prosenttiin. Vuonna 2012 pienin osuus oli Rovaniemellä 44,5 % ja suurin Kotkalla 61,0 %. Keskimääräisesti osuus oli kas-

vanut 3,2 prosenttia. Eniten kasvua oli Keravan osuudessa eli 15,8 %. Toisaalta selkeästi erottui myös Järvenpään osuuden väheneminen 12,0 % vuodesta 2009.

THL kerää tietoa asukkaiden iästä ja hoitoisuudesta. Hoitoisuutta mitataan asteikolla 1-5. Keskimäärin asukkaiden hoivan tarve on kasvanut 4 % tarkastelujaksona. Keskiarvo vuonna 2009 oli 4,55 ja 4,73 vuonna 2012. Suurin hoitoisuuden kasvu tarkastelujakson aikana oli Lohjalla (14,3 %). Lohjan hoiva-asukkaiden hoivan tarve oli lähtötilanteessa verrokkien alhaisin eli 4,2 ja vuonna 2012 hoivan tarve oli 4,8 eli yli keskiarvon.

### **Yksikköhinnat vanhainkotihoitossa ja tehostetussa palveluasumisessa**

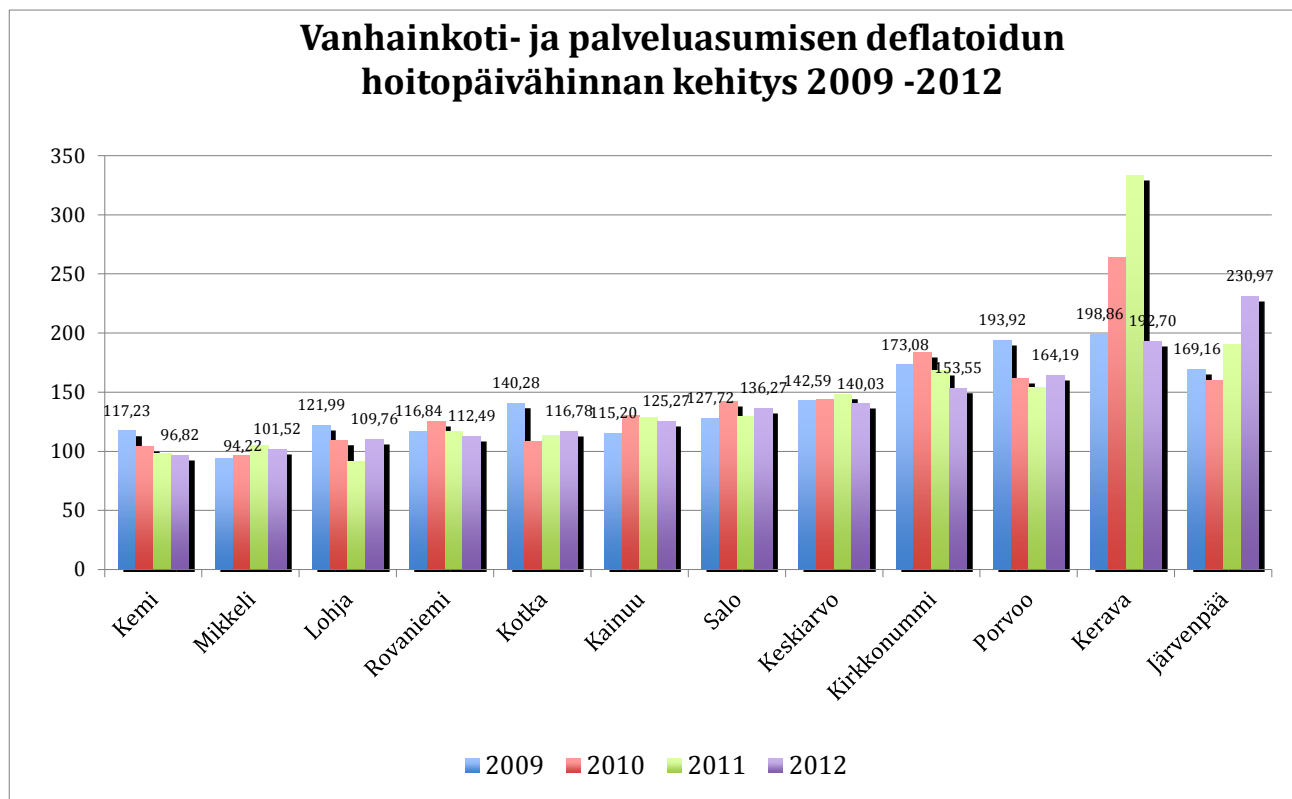
Kun vanhainkotihoiton ja tehostetun palveluasumisen osalta tarkastellaan yksikköhintojen keskimääräistä deflatoitua muutosta vuosina 2009 - 2012 (+7,2 %) ja hoivan tarpeen muutosta (+4,0 %) jää voidaan katsoa tuottavuuden heikentyneen keskimäärin 3,2 %.

Kuntakohtaisesti tarkasteltuna erot ovat huomattavan suuria vaihteluvälin ollessa -21,1 % ja +30,2 % välillä. Erityisesti yksikköhinnaltaan kalliit Kirkkonummi (-11,1 %) ja Järvenpää (-7,0 %) ovat pystyneet laskemaan yksikköhintojaan. Kun hoitoisuus on samalla kasvanut, Kirkkonummella 4,5 % ja Järvenpäässä 2,2 %, yksikköhintakehitys on ollut suotuisa. Hoitoisuus on silti Kirkkonummella ollut molempina vuosina alle keskiarvon ja Järvenpään keskiarvossa. Kirkkonummen ja Järvenpään kehitystä selittää osittain rakenteellinen muutos, jossa osa hoivapaikoista on muutettu vanhainkotihoitosta tehostetuiksi asumispalvelupaikoiksi. Tällöin asukkaan vastuulle on siirtynyt omat lääke- ja hoitotarvikekustannukset.

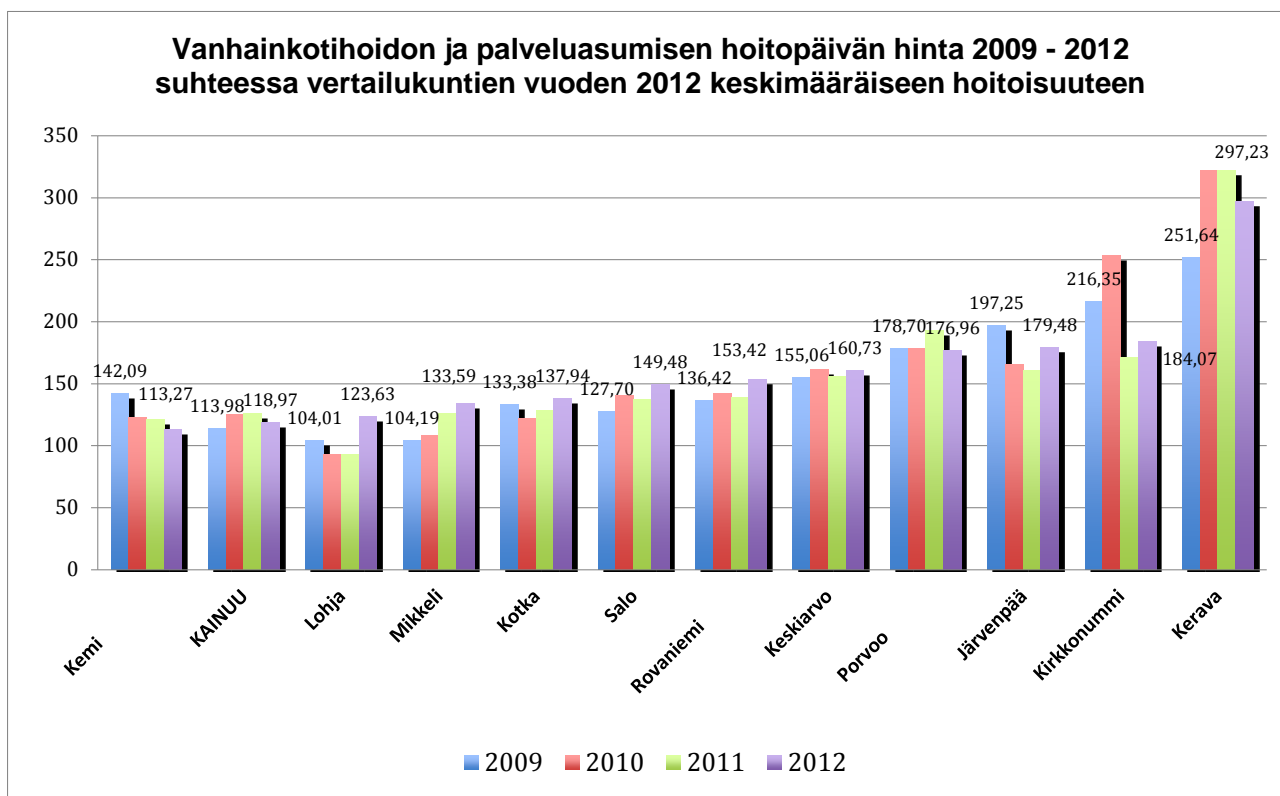
Kun hoitoisuusmuutos otetaan huomioon Lohjan 35,8 %:n yksikköhinnan muutos selittyy osittain. Mikkeli on Lohjan ohella ollut yksikköhinnaltaan erittäin edullinen. Mikkelin kehitys on samansuuntainen, mutta hoitoisuuden lisäys on ollut 7,0 % eli hieman pienempi. Mikkelin yksikköhintojen kustannuskehitys on hoitoisuuden muutos huomioon ottaen kaikkein suurin eli 30,2 %, mutta se edelleen vuonna 2012 neljänneksi halvin. Molemmissa kunnissa on todennäköisesti henkilöstömitoitusta nostettu hoitoisuuden lisääntyessä.

Kaikkein halvin yksikköhinta on Kemillä (kuvio 9), jonka asiakashoitoisuus kasvoi 4,4 % tarkasteluvuosina ja yksikköhinta samalla laski 16,7 %. Kerava erottautuu vertailujoukosta ainoana kuntana, jonka asukkaiden hoivan tarve väheni 2,1 %. Hoitoisuus ylitti kaikki verrokkit vuonna 2009 ollen 4,8. Hoivan tarve oli laski keskiarvon tasolle vuonna 2012. Yksik-

köhintä Keravalla on ollut kaikkina vertailuvuosina kaikkein kallein ja ero muihin siis vain kasvoi tarkastelujakson aikana.



**Kuvio 9. Vanhainkotihoito- ja vanhusten tehostetun palveluasumisen deflatoitu yksikköhinta vuosina 2009 - 2012**

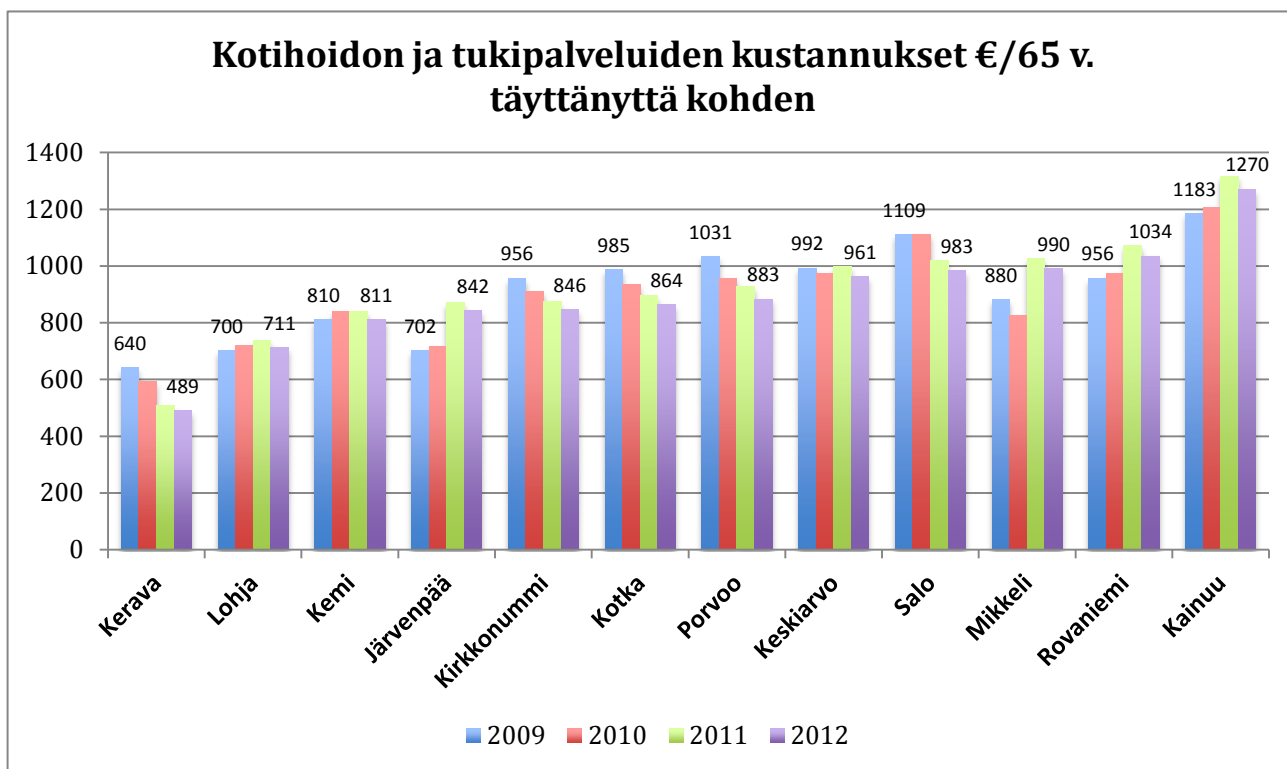


**Kuvio 10. Viisiportaisella hoitoisuusjaotuksella korjattu deflatoitu hoitopäivän hinta.**

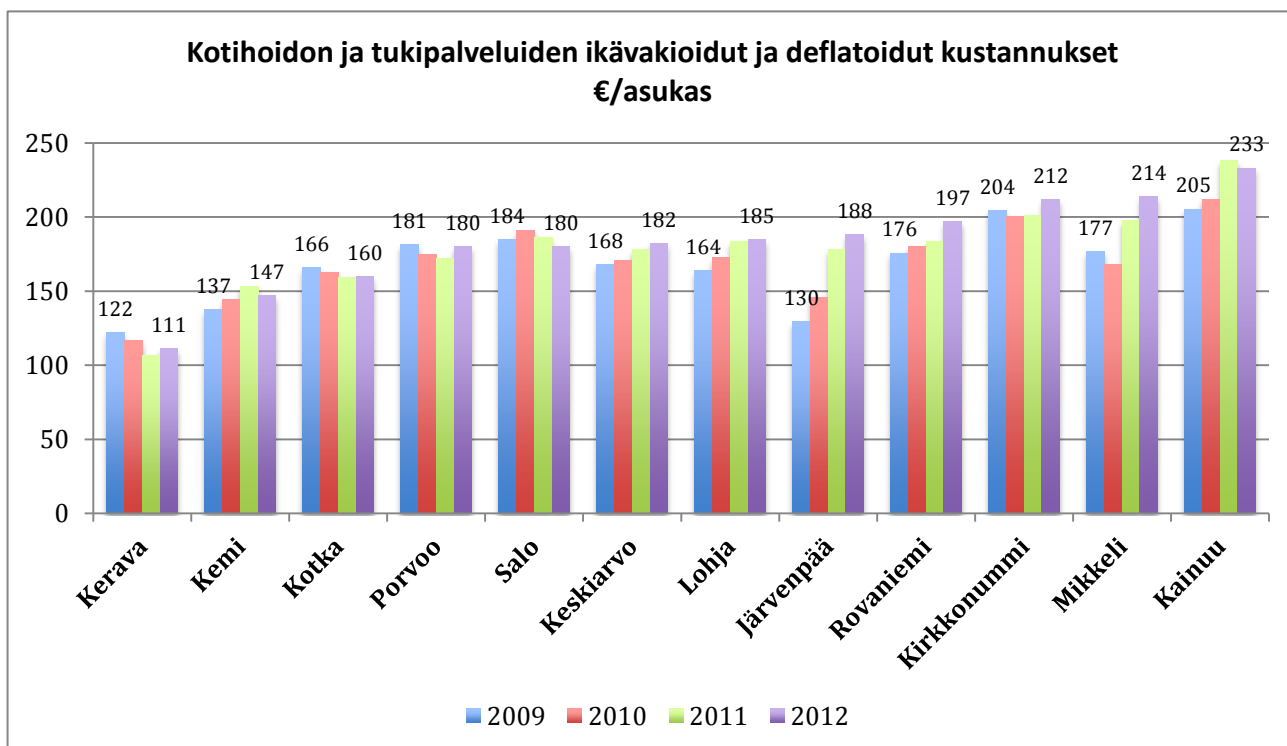
## 6.5 Kotihoito

Kotiin annettujen palveluiden suurin osuus palvelurakenteesta Mikkeliissä (40,5 %), joka oli toiseksi halvin käyntihinnaltaan. Mikkelin ikävakioitunut kotihoidon kustannukset olivat toiseksi kalleimmat, sillä kotihoidon hintaa nostaa kaikkein suurin tukipalvelujen asiakkaiden osuus (kuvio 12).

Pienin osuus kotihoitoa oli Keravalla (19,2 %, kuvio 11). Keravalla ei ollut yhtään ympärivuorokautisen kotihoidon tarvitsijaa vuonna 2012, joita verrokkikunnissa oli keskimäärin 8 %. Myöskin täysin tai lähes omatoimisia asiakkaita 4,1 % eli hieman keskiarvoa vähemmän. Kerava on ulkoistanut todennäköisesti tukipalvelut, sillä niiden saajien osuus ikäluokasta oli pienin. Kustannukset ikävakioituina olivat halvimmat.



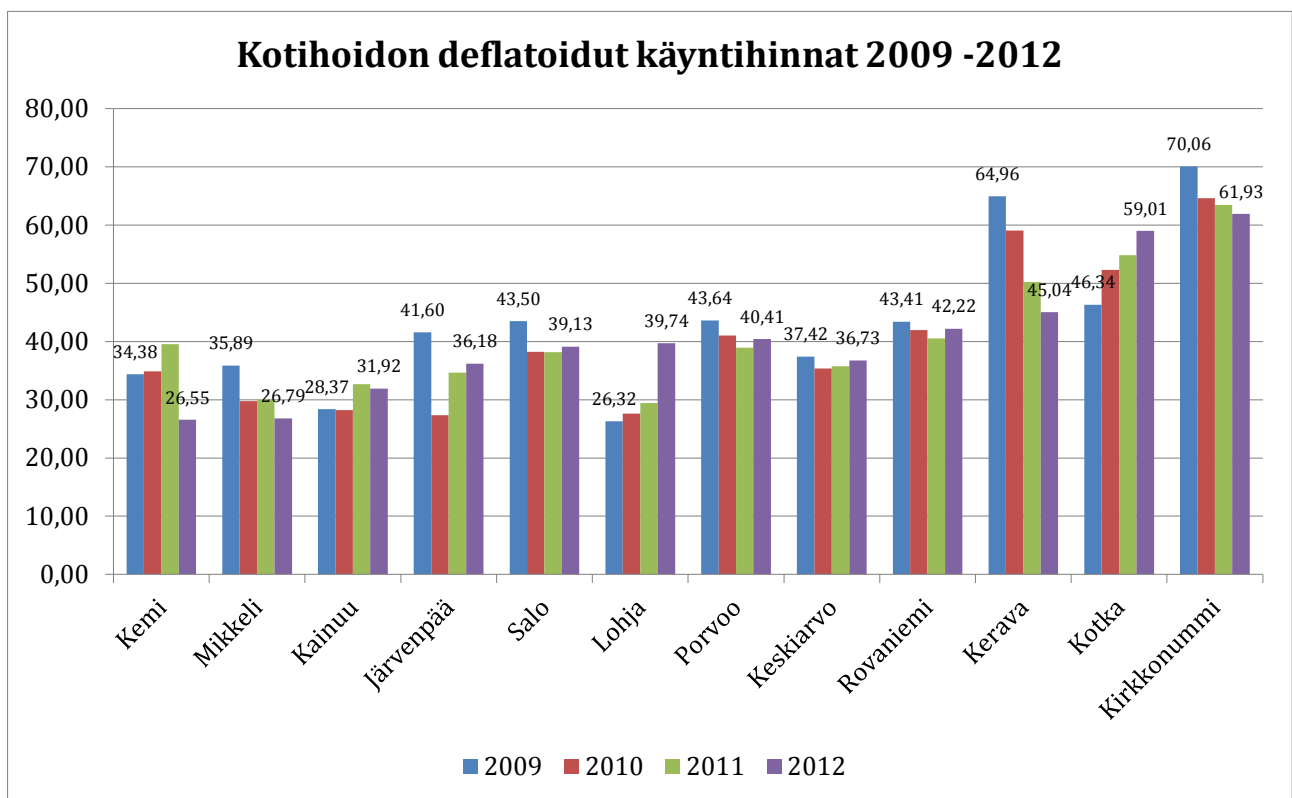
Kuvio 11. Kotihoidon ja tukipalveluiden deflatoidut kustannukset 65 -vuotiasta kohden.



Kuvio 12. Ikävakiointi nostaa Järvenpään ja Kirkkonummen sijoitusta kalliiseen suuntaan ja vastaavasti Kotkan ja Porvoon sijoitus paranee.

Kotihoidon deflatoitu käyntihinta laski tarkastelujakson aikana 1,8 %. Jos otetaan huomioon, että siirtymä raskashoitoisuudesta kevythoitoisuuteen oli 21,6 % ja, mikäli tämä vaikuttaa käynnin kestoon, tulos olekaan enää niin hyvä. Toisaalta käyntihintaan hoitoisuudella ei ehkä ole kovin suurta vaikutusta, sillä todennäköisesti enemmän apua tarvitsevien luona käydään useammin. Oikeammin tulisi verrata tuotettuja tunteja työpanosta kohden. Tarkastelujakson aikana deflatoidut kotihoidon kustannukset nousivat 11 % ja 65 vuotta täyttäneitä asukasta kohden 8,7 %.

Vuonna 2009 kotihoidon käyntien deflatoitu keskihinta oli 43,50 euroa ja vuonna 2012 40,81 euroa (kuvio 13). Vuonna 2009 kaikkein halvin käyntihinta, 26,32 euroa, oli Lohjalla. Tällöin Lohja sijoittui lähes keskiarvoon kotihoidon osuudessa palvelurakenteesta. Ympäristövuorokautista hoitoa tarvitsevien osuus asiakkaista oli keskimäärin 6,8 % ja Lohjalla hie-



**Kuvio 13. Kotihoidon taloudellisuusvertailu. Hoitoisuutta ei ole otettu painoarvoksi käyntikohtaiseen hintaan, sillä käyntien kesto ei korreloi hoivan tarpeeseen vaan käyntitiheyteen.**

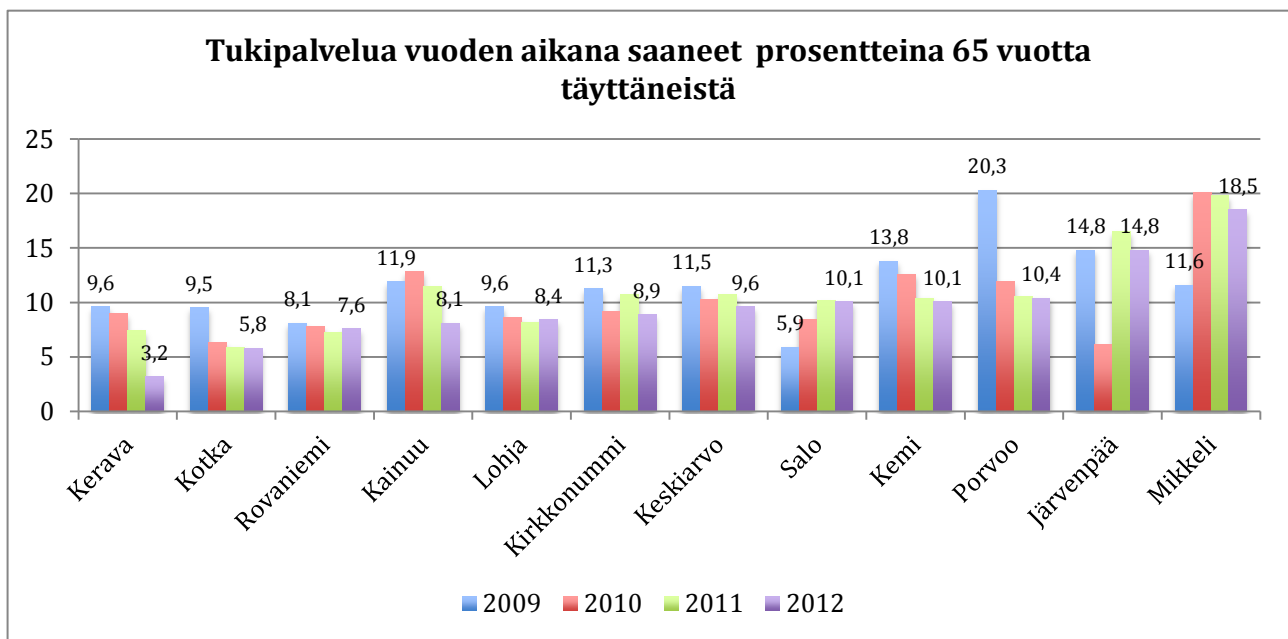
keskiarvon ja kevythoitaisia oli 10,5 % eli keskiarvoa enemmän. Lohjalla oli tukipalveluasiakkaita keskimääräistä hieman vähemmän vanhusasukasta kohden. Ikäihmistä kohden kustannukset olivat Keravan jälkeen pienemmät, mutta ikävakioituna keskiarvossa.

Vuonna 2012 halvin käyntihinta oli Kemissä, 26,55 euroa. Kemissä oli keskiarvoa vähemmän raskashoitaisia (2,8 %) sekä kevythoitaisia (3,1 %). Vuonna 2009 yksikköhinta oli kolmanneksi halvin (noin 9 euroa alle keskihinnan) ja raskashoitaisia oli 13,2 % eli toiseksi eniten ja kevythoitosten osuus vaihteli koko tarkasteluajanjaksolla 3 - 4 prosentin välillä. Yksikköhinta putosi noin 20 % vuodesta 2009. Ikävakioituna Kemi käytti vertailukunnista toiseksi vähiten rahaa kotihoitoon vuosina 2010 - 2012. Näyttää siltä, että kotihoito on tehokkaasti organisoitu ja raskashoitosten osuuden pudottaminen on vaikuttanut käyntihintaan positiivisesti. Lisäksi tukipalveluita vähennettiin koko tarkastelujaksolla (kuvio 14).

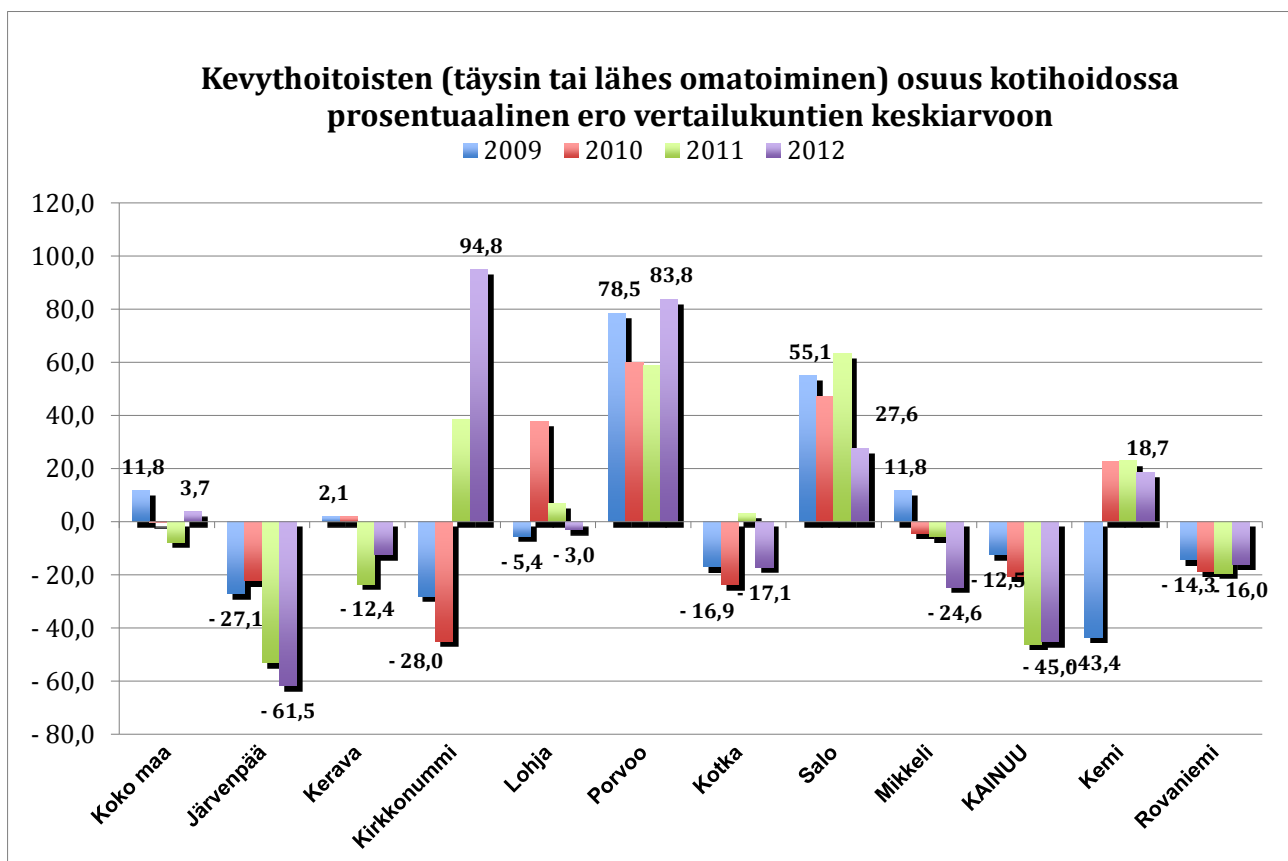
Vuonna 2009 eniten raskashoitaisia (13,6 %) oli Kotkassa ja keskihinta oli 3 euroa yli keskiarvon. Vuonna 2012 yksikköhinta oli 59 euroa eli toiseksi kallein. Raskashoitosten osuus oli pudonnut 6,1 prosenttiin. Kevythoitaisia oli kaikkina vuosina alle keskiarvon paitsi vuonna 2011 (14,5 %). Poikkeama ei ilmennyt käyntihinnassa. Kustannukset asukasta kohden ikävakioituna olivat kolmanneksi pienimmät vuosina 2011 ja 2012. Kotihoidon osuus palvelurakenteesta oli laskenut viidennestä sijasta toiseksi pienimmäksi vuonna 2012 ja ikäryhmän asukasta kohden kustannukset olivat pudonneet noin 22 % alle keskiarvon. Kustannusten leikkaaminen näyttää vaikuttaneen yksikköhintojen kehitykseen negatiivisesti.

Kallein käyntihinta vuonna 2009, noin 70 €, oli Kirkkonummella. Kirkkonummella kevythoitaisia oli keskimääräisesti, mutta raskashoitaisia oli 9,3 % eli keskimääräistä enemmän. Ikäihmistä kohden Kirkkonummen kustannukset olivat 22 % keskimääräistä halvemmat vuonna 2012, mutta ikävakioituna sijoitus oli kolmanneksi kallein. Vuoden 2009 jälkeen Kirkkonummi pudotti raskashoitosten osuuden noin kolmeen prosenttiin, mutta kevythoitosten osuus nousi jopa 21,4 prosenttiin. Yksikköhinta putosi 62 euroon, mutta oli edelleen korkein.

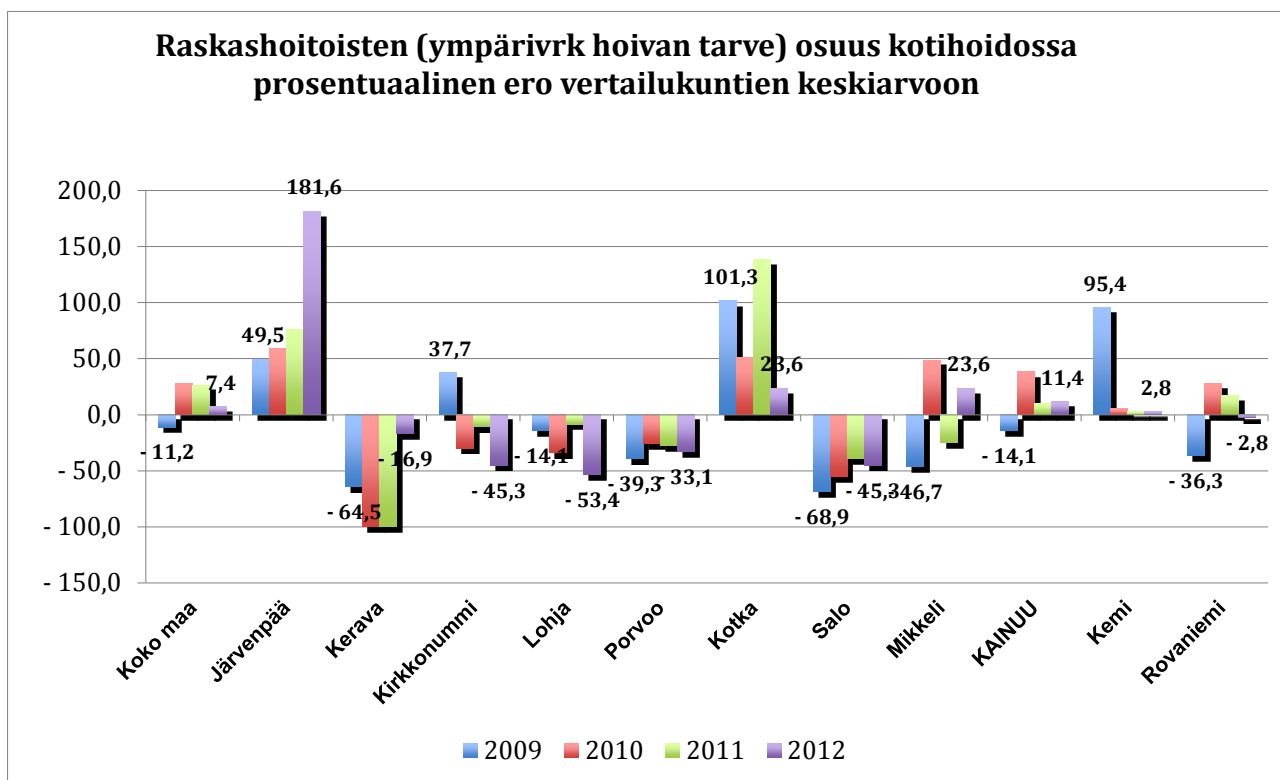




**Kuvio 14. Suuri tukipalveluosuus voi korvata kotihoitoa ja alentaa yksikköhintaa.**



**Kuvio 15. Osa kunnista ei tarjoa lainkaan tai hyvin vähän kotihoitoa omatoimisille.**



**Kuvio 16. Raskashoitoisten asiakkaiden kokonaiskustannukset voivat nousta asumispalveluiden kustannustasolle mikäli käyntejä on useita päivittäin.**

Kainuun ikäihmistä kohden lasketut kustannukset nousivat 1270 euroon vuonna 2012 eli lähes 25 % keskiarvoa korkeammiksi ja olivat kalleimmat myös ikävakioituna. Tästä huolimatta Kainuun yksikköhinnat ovat kahden tai kolmen halvimman joukossa koko vertailujakson ajan. Tukipalveluiden osuus ei kuitenkaan ole erityisen suuri. Kainuun kotihoidon asiakkaiden hoitoisuus on ollut keskiarvon tuntumassa kaikkina vertailuvuosina.

Keravalla oli vuonna 2009 toiseksi kallein yksikköhinta eli noin 65 €. Keravalla raskashoitoisten osuus oli 2,4 % (kuvio 16) ja kevythoitoisten 5,6 % (kuvio 15). Keravan yksikköhinta putosi vuoteen 2012 mennessä 45 euroon ja omatoimisia asiakkaita ei ollut hoidossa enää yhtään. Ympäri- ja hoivan tarve nousi 4,1 prosenttiin. Kerava on käyttänyt vähiten rahaa yli 65 -vuotiaisiin suhteutettuna sekä ikävakioituna kaikkina vertailuvuosina. Ero muiden keskiarvoon kasvoi vuonna 2012 jopa 39 prosenttiin eli deflatoituna rahaa kului 111 euroa eli saman verran kuin vuonna 2009. Muiden verrokkien vanhusasiakasta kohden käytetyt kustannukset nousivat keskimäärin 13 %. Kerava on onnistuneesti supistanut palvelun tarjontaa siten, että yksikkökustannukset lähentyivät vuonna 2012 keskiarvoa. Johtopäätöksenä joko kunta on rajannut palvelujen tarjontaa tai ikäihmiset ovat toimintakykyisempiä kuin muualla.

Järvenpää nosti raskashoitoisten osuuden 10,1 prosentista 13,9 prosenttiin, joka oli vertailuryhmän korkein. Kevythoitoisten määrä on kaikkina vuosina ollut noin viiden prosentin luokkaa eli alle keskiarvon. Järvenpää on panostanut kotihoidon määrään, sillä se käytti vuonna 2009 vanhusasukasta kohden lähes 23 % vähemmän ja vuonna 2012 kolme prosenttia enemmän kuin vertailuryhmä keskimäärin. Kotihoidon lisäyksen rinnalla on tukipalveluiden saajien osuus ollut keskimääräistä suurempi. Käyntihinnat ovat tästä huolimatta pysytelleet keskiarvon alla koko jakson ja vuonna 2012 hinta oli 36,16 € eli neljänneksi halvin.

## 7. PÄÄTELMÄT

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että vertailujoukon halvimalla vanhustenhuollon palvelukokonaisuuden hoitava kunta, Kerava, tekee tuloksen poikkeuksellisesti. Sen tarjoaman kotihoidon osuus on pienin palvelurakenteesta ja vuodeosastohoidon osuus suurin vertailukunnista. Vuodeosastohoidon hoitopäivän hinta on kolmanneksi halvin ja asumispalvelun kaikkein kallein. Vuodeosastohoidon hoitojakson pituus on kaikkein pisin eli siellä tarjotaan henkilöstömitoitukselta vähemmän vaativaa pitkäaikaishoitoa enemmän. Asumispalveluissa on taas erittäin raskashoitoisia paljon eli henkilöstömitoitus on todennäköisesti suuri ja tästä johtuen yksikköhinta on kallis. Kotihoito on yksikköhinnaltaan hieman yli keskiarvon ja hoidon piirissä olevilla on keskimääräinen hoidon tarve. Keravan kotihoidon kustannuksia laskee kaupungin alueen pieni pinta-ala, jolloin siirtymiin asiakkaalta toiselle ei kulu aikaa. Keravan menestys vertailussa perustunee palvelujen tarjoamiseen kodin ulkopuolella vain raskashoitoisille. Kotihoidon tarjonta on suunnattu myös oikealle kohderyhmälle eli ei omatoimisille eikä jo kodin ulkopuolista sijoitusta tarvitseville. Tukipalveluita ei juuri subventoida, sillä niiden saajien tilastoitu osuus on pienin vertailusta.

Kun verrataan tuloksia THL:n ikäihmisten palvelurakenteen valtakunnallisiin suosituksiin voidaan todeta, että Keravalla vain 6 prosenttia 75-vuotta täyttäneistä on säännöllisen kotihoidon piirissä kun muiden vertailukuntien keskiarvo oli 11,5 % ja koko maan 11,9 % vuonna 2012. Valtakunnallinen tavoite vuoteen 2017 mennessä on 13 – 14 %. Samanlainen ero toistuu yhteenlasketussa kodin ulkopuolisessa hoivassa. Keravalla on vertailujoukosta vähiten eli 5,6 % sijoitettuna kodin ulkopuolelle kun valtakunnallinen tavoite vuodelle

2017 on 8 – 9 prosenttia. Maan keskiarvo vuonna 2012 on 9,9 % ja vertailukuntien ilman Keravaa 9,2 %. Vaikka otetaan huomioon, että Keravan tarvevakioitu menokerroin on 0,8 ovat erot tasaantuvat muihin kuntiin nähden ja tarvevakioituna kokonaiskustannuksiltaan halvin olisi Kemi. STM, VM:n ja Suomen Kuntaliitto ovat osallisia kunnan järjestämisvastuulla olevan palveluasumisen asiakasmaksuja koskevaa säädösvalmistelua tukevassa työryhmässä, joka laajensi tehtäväkenttäänsä myös kotihoidon maksuihin ja kotihoidon sisällön määrittelyyn. Kevään 2014 aikana valmistuva esitys mahdollisesti yhdenmukaistaa kuntien käytäntöjä tukipalvelujen sisällyttämistä kotihoitoon ja samalla tarkoittaa asiakaskohtaisten kustannusten yhdentymistä.

Vanhainkoti ja asumispalveluissa, kun hoitoisuustiedot olivat saatavilla tulos on hyvin vertailtavissa. Kotihoidon yksikköhintojen luotettava vertaaminen kuntien välillä ei onnistunut. Käyntihinnat sai laskettua, mutta ne sisältävät niin eri tavalla ja laajuudella tuotettuja palveluita, että vertaaminen luotettavasti on mahdotonta. Lisäksi käyntisuoritteiden määrät eivät tilastointierojen vuoksi ole välttämättä yhteismitallisia, esim. ostopalvelut eivät tilastoidu käynteinä. Luotettava tehokkuuden vertaaminen tarvitsisi yhteistä tuotteistusta etenkin vuodeosastohoidossa. Tuotteistamisen ja yksiköiden erikoistumisen tarjoamaan tiettyä tuotetta, ei saisi johtaa joustamattomuuteen ja asiakkaan siirtelyyn hoivapaikasta toiseen kun asiakkaan hoivan tarve muuttuu.

Keskisuurten kuntien kustannusvertailu perustuu ikävakioinnille, jonka avulla kustannustaso verrataan asiakkaiden oletettuun palvelujen tarpeeseen. Vertailun lähtökohta on siis tehokkuusinstrumenttina tarveperustainen. Ikävakiointi paljastaa sen, että kunnissa, joissa on suhteessa muihin kuntiin vähän ikäihmisiä voi olla palveluiden ylitarjontaa. Kirkkonummi oli kallein ikävakioiduilta kustannuksiltaan ja sillä oli yksikköhinnatkin kalleimmat tai lähes kalleimmat kaikissa vertailluissa palveluissa. Tästä voidaan johtaa, että panos-tuotos laskennan kautta saataisiin samankaltaiset johtopäätökset tehtyä kuin ikävakioinnilla. Toisaalta Keravan halvin kokonaiskustannus ja samalla myös kalliit yksikköhinnat antavat viitteitä palvelun määrän rajaamisesta.

Saadut tulokset aiheuttavat todennäköisemmin toimenpiteitä varsinkin vertailun ääripäissä. Tulosten huomioon ottamista toiminnassa korostaa toimialan johdon oma valinta osallistua vertailuyhteistyöhön. Osallistuminen vertailuun tasaa kuntien eroja pidemmällä tähtäyksellä. Mikään kunta ei ole kaikessa paras, jolloin osallistujat voivat suunnata niukkoja resurs-

sejaan tulosten perusteella eri toimintojen välillä. Kuntien sosiaali- ja terveystoimen johtajat voivat käyttää heikkoja tuloksia tarvittavien tehostamiskeinojen perusteluina sekä poliittisten päättäjien suuntaan että työntekijöiden suuntaan. Hyvin menestyneet voivat perustella toisaalta vastaavasti lisäresurssien tarvettaan tai välttää määrärahojen leikkauksilta. Tutkimuskuntien verotulopohjat poikkeavat toisistaan ja vanhuspainotteisissa kunnissa tulot ovat pääsääntöisesti pienemmät. Tällä on myös oma vaikutuksensa tehtäviin toimenpiteisiin, kuten sillä, onko soveliaasta esittää juuri sitä mitä pitäisi toteutettavaksi. Kuntien poliittisen ja keskusjohdon kiinnostus vertailututkimuksiin ja niiden tuloksiin voi olla vaihtelevaa, mutta niitä voinee käyttää myös resurssien allokoinnissa apuna.

Tutkimus osoittaa, että kaikilla kunnilla on mahdollisuus parantaa tiettyjen tai kaikkien toimintojen taloudellisuutta. Laskennalliset säästömahdollisuudet ovat jopa satoja tuhansia euroja. Tutkimus ei vastaa siihen, tarkoittaako edullinen hinta huonoa laatua. Aiemmissa asumis- ja laitospalveluita käsittelevissä tutkimuksissa on todettu, että kallis palvelutuotanto voi olla laadullisesti huonoa ja, että taloudellisesti toteutettu on verrokkeja yleisimmin myös laadukkaampaa.

## Lähteet

Anttiroiko, A.-V., Haveri, A., Karhu, V., Ryyänen, A. & Siitonen, P. (2003): Kuntien johtaminen ja hallintasuhteet. Tampere University Press. Juvenes Print.

Haaparanta, P. (2011): Julkisen talouden kestävyyslaskelmista. Kansantaloudellinen aikakauskirja, 107 (1), 59-75).

Hallipelto, A. (2008): Paras tuottakoon! Hyvinvointipalvelujen tulevat markkinat. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.

Hallipelto, A. (1995): Kunnan ja kuntayhtymän kirjanpito. Perusteet ja lainsäädäntö. Ykkös-Offset Oy, Vaasa.

Heikkilä, R., Noro, A., Asikainen, J., Björkgren, M., Nieminen, J., Tirronen, A., Suojalehto, E., Ripsaluoma, J., Lumio, J., Pulli, M., Majanmaa L. & Finne-Soveri, H. (2013): Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuotteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla. Tampereen kaupungin laitoshoido. THL-Raportti 6/2013 Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Hjerppe, R., Kangasharju, A. & Vuorento, R. (toim.) (2003): Kunnalliset palvelut – terveyden ja vanhustenhoidon tuottavuus. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, julkaisuja 37, Helsinki.

Holma, T. (2006): Hyvinvointipalvelujen tuotteistus – perusteita ja periaatteita. Raportissa Lehtoranta H. & Päättälo M. (toim.) Raportti palvelujen tuotteistamisesta ja laadun kehittämisestä aluekeskuseduilla. Oulun kaupungin painatuskeskus.

Hsiao W. (2003): What is a health system? Why should we care? Harvard School of public health discussion paper.

Jauhiainen, S. & Huovari J. (2013): Kuntarakenne ja alueiden elinvoima – laskelmia väestöstä, työpaikoista ja kuntataloudesta. Kunnallisan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 72 Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala.

Junnila M., Aho T., Fredriksson, S., Keskimäki, I., Lehto, J., Linna, M., Miettinen, S., Tynkynen L.-K. (2012): Sitä saa mitä tilaa. Terveystenhoidon tilaaja-tuottaja-malli. THL – Raportti 42/2012 169.

Kähkönen, Liisa & Volk, Raija (2008): Kuntien vanhuspalvelujen kilpailuttamiskokemuksia. Kunnat ja kilpailu- sarjan julkaisu nro 4. Kunnallisan kehittämissäätiö. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.

Kapiainen, S., Väisänen, A. & Haula, T. (2014): Terveysten- ja sosiaalihuoidon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. THL RAPORTTI 3/2014 Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Kaplan, R.S. & Norton, D.P. (1996): The Balanced Scorecard. Translating Strategy into Action. Harvard Business School Press, Boston.

Kinnula, P, Malmi, T. & Vauramo, E. (2014): Sisältöä sote-uudistukseen. Tunnuslukuja terveydenhuollon suunnitteluun. Kunnallisan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 78. Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala.

Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. (2007). Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. (toim.) (2007). Tapaustutkimuksen taito. Gaudeamus, Helsinki.

Länkinen H. (2005): Palveluiden tuotteistaminen teknisellä suunnittelu- ja konsultointialalla. Diplomityö. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Tuotantotalouden osasto.

Lillrank, P. & Haukkapää-Haara, P. (2006): Terveystenhuollon tilaaja-tuottaja-malli. KTM Rahoitetut tutkimukset 1/2006. Edita Publishing Oy.

Loikkanen, H. & Susiluoto, I. (2005): Paljonko verorahoilla saa? Kuntien peruspalvelutarjonnan kustannustehokkuuden erot ja niitä selittävät tekijät vuosina 1994–2002. Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 50. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.

Martikainen J.-P., Meklin P., Oulasvirta L., & Vakkuri J. (2002): kunnallisen tilintarkastuksen ulkoistaminen. Tampere University Press. Tampere.

Meklin, P. (2002): Kunnan talousohjauksen muutos: vallan ja vastuun uudelleenjako päämies-agenttiteorialla kuvattuna. Teoksessa Ryyänen, A. (toim.): Kuntien oikeus itsehallintoon. Juhlakirja Raimo Lehkosen jäädessä eläkkeelle 2002. Tampere: Tampereen yliopisto, kunnallistieteiden laitos, Finnpublishers, 188–203.

Mitronen, L. & Rintamäki, T. (2012): Arvopohjainen toimintalogiikka julkisen sektorin palvelujen ohjausjärjestelmässä. Teoksessa Anttonen A, Haveri A., Lehto J., Palukka H. Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos. Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print, Tampere.

Parantainen, J. (2007): Rakenna palvelusta tuote 10 päivässä. Talentum Media Oy, Helsinki.

Pirttilä J. & Taimio H. (2011): Julkisen ja yksityisen tuotannon edullisuus ikäihmisten palveluasumisessa: teoreettista taustaa ja kustannusten vertailua teoksessa Sinervo, T. & Taimio H. (toim.): Ikäihmisten asumispalveluiden järjestäminen. Yksityisen ja kunnallisen tuotannon vertailua sekä kokemuksia kilpailuttamisesta. 13-36. Palkansääjien tutkimuslaitos, Raportteja 21/2011 Unigrafia Oy – Yliopistopaino, Helsinki.

Raisio, H.(2009): Pirulliset ongelmat terveydenhuollossa - esimerkkeinä Kansallinen terveyshanke ja hoitotakuu-uudistus. Teoksessa Paras mahdollinen julkishallinto? Tehokkuuden monet tulkinnat. 73 – 91. Gaudeamus, Helsinki.

Sinervo, L.-M. (2011): Kunnan talouden tasapaino monitulkintaisena ilmiönä Tampereen Akateeminen väitöskirja. Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.

Sinervo, L.-M. (2009). Monitulkintaisuus ja kuntatalouden tasapaino. Teoksessa Vakkuri, J. (toim.): Paras mahdollinen julkishallinto? Tehokkuuden monet tulkinnat. 152–171. Gaudeamus, Helsinki.

Sinervo, T. & Taimio H. (toim.) (2011) Ikäihmisten asumispalveluiden järjestäminen. Yksityisen ja kunnallisen tuotannon vertailua sekä kokemuksia kilpailuttamisesta. Palkansaajien tutkimuslaitos, Raportteja 21/2011 Unigrafia Oy – Yliopistopaino, Helsinki.

Stenvall, J & Airaksinen, J. (2009) Manse mallillaan - Tampereen mallin arviointi ja palveluinnovaatiot. Suomen Kuntaliitto. Acta nro 211. Helsinki

STM (2013): Palvelurakennetyöryhmän loppuraportti.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto (2013): Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. STM julkaisuja 2013:12. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Suomen Kuntaliitto (2010): Kehittyvät tilaaja-tuottajamallit suomalaisissa kaupungeissa. Raportti Toimi 2010 -verkostohankkeen tuloksista. [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net).

Suomen Kuntaliitto (2008): Kuntatuottavuuden ABC. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Syrjä, V., (2010): Vanhusten asumispalvelujen kilpailuttamiskokemukset. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 35/2010, Helsinki.

Tyni, T, Myllyntaus, O, Rajala, P & Suorto A. (2009): Kustannuslaskentaopas kunnille ja kuntayhtymille. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Uusitalo, H. (1995): Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. WSOY, Juva.

Vaarama, M., Lehto, J. (1996): Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988 - 1994. Teoksessa Viialainen, R., Lehto, J. (toim). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes. Raportteja 192. Gummerus Kirjapaino, Jyväskylä.

Vaarama, M., Luoma, M.-L. & Ylönen, L. (2006). Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Kautto, M. (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2006. 104–136. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski.

Smith, P. (1995). Outcome-related Performance Indicators and Organizational Control in the Public Sector. In Holloway, J., Lewis, J. & Mallory, G. (eds.) (1995). Performance Measurement and Evaluation. The Open University Business School, London: Sage, 192–216.

Vakkuri, J. (toim.), (2009): Paras mahdollinen julkishallinto? Tehokkuuden monet tulkinnat. Gaudeamus, Helsinki.

Vakkuri, J. (2006). Miksi älykkäät organisaatiot tekevät vain rajoittuneesti rationaalisia ratkaisuja? Monitulkintaisuuden ongelma tehokkuusoppien soveltamisessa.



Hallinnon tutkimus, no. 3, 30–46.

Vakkuri, J. (2003). Research Techniques and Their Use in Managing Nonprofit Organizations. An illustration of DEA Analysis in NPO environments. Financial Accountability and Management, vol. 19, no. 3, 243–263.

Valkama, P. (2004). Kilpailuneutraliteetin toteutuminen kuntapalvelujen näennäismarkkinoilla. Acta Universitatis Tamperensis 1039. Tampereen yliopisto.

Valtioneuvoston kanslia (2011): Julkisten palvelujen tuottavuusseurannan kehittäminen Valtioneuvoston kanslian raporttisarja 14/2011.

Valtioneuvoston kanslia (2009): Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. VNS 9/2009.

VM (2013 ja 2014): Taloudellisen katsaus, syksy 2013 ja kevät 2014. Valtiovarainministeriö, Helsinki.

VM (2012): Kunnallishallinnon rakenne -työryhmä. (2012a). Elinvoimainen kunta- ja palvelurakenne, osa I: Selvitysosa. Valtiovarainministeriön julkaisuja 5a/2012.

VM (2012): Kunnallishallinnon rakenne -työryhmä. (2012b). Elinvoimainen kunta- ja palvelurakenne, osa II: Alueellinen tarkastelu. Valtiovarainministeriön julkaisuja 5a/2012.

VM (2010): Julkinen talous tienhaarassa. Finanssipolitiikan suunta 2010-luvulla. Valtiovarainministeriön julkaisuja 8/2010.

VM (2014) Kestävän kuntatuottavuuden ja tuloksellisuuden mittaamisen käsikirja. [www.kuntatuottavuus.fi](http://www.kuntatuottavuus.fi)

## **Lainsäädäntö**

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (169/2007, nk. puitelaki)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992)

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (912/1992)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/200)

Sosiaalihuoltolaki (719/1982)

Sosiaalihuoltoasetus (607/1983)

Valtioneuvoston asetus julkisen talouden suunnitelmasta (120/2014)

## **Tilastoaineisto**

Suomen Kuntaliitto: Keskisuurten kuntien sosiaali- ja terveystoimen kustannukset 2009, 2010, 2011 ja 2012, Ikävakioidut ja vakioimattomat kustannukset.

Terveysten ja Hyvinvoinnin edistämisen laitos: Suoritetiedot. [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi).